

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

05

Встреча Председателя Правительства Михаила Мишустина с председателем ФОМС Ильей Баланиным

07

Расширена программа госгарантий бесплатной медицинской помощи

08

Застрахованным по ОМС стали доступны новые сервисы на Госуслугах



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

01/23

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 1, 2023

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

И.В. Баланин – председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

Главный редактор

Е.А. Политова – генеральный директор ООО «Издательство
«Офтальмология», к.п.н.

Т.Ю. Гроздова – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.

А.В. Грот – вице-президент Общероссийской общественной
организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА
РОССИИ», д.э.н., профессор

Н.А. Губриева – директор ТФОМС Краснодарского края, к.ф.н.

О.М. Драпкина – директор ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической
медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-
корреспондент РАН

Н.П. Дронов – председатель координационного совета
МОД «Движение против рака»

Ю.А. Жулев – сопредседатель Всероссийского союза
общественных объединений пациентов

С.Г. Кравчук – заместитель председателя ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – вице-президент Всероссийского союза
страховщиков

А.Л. Линденбратен – руководитель научного направления
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор Института социальных наук, д.м.н.,
д. социол. н., профессор, академик РАН

Л.М. Рoshаль – президент Национальной медицинской палаты,
президент Московского НИИ неотложной детской хирургии
и травматологии, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – научный руководитель ФГБУ «Центральный
НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, д.м.н., профессор, академик-секретарь
отделения медицинских наук РАН, академик РАН

Т.И. Фролова – член комитета Государственной Думы
Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н.

О.В. Царева – заместитель председателя ФОМС

И.М. Шейман – профессор кафедры управления и экономики
здравоохранения Департамента политики и управления
факультета социальных наук НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – директор Центра политики в сфере
здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н., профессор

ISSN 2221-9943

Учредитель:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»
Номер подписан в печать 13.03.2023.

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, г. Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 123897
Дата выхода журнала: 27.03.2023
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 74 полосы

Адрес редакции:

ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.
Тел.: (499) 488-87-03

Е-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки
статей), Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское
страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2023

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

16+

Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» производится в ООО «Медипринт»
Тел.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03; e-mail: iol.buh@mail.ru

Подписной индекс по каталогу агентства
ООО «УП Урал-Пресс» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово
председателя ФОМС Ильи Баланина 4

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Встреча Председателя Правительства
Михаила Мишустина с председателем ФОМС
Ильей Баланиным. 5

Расширена программа госгарантий
бесплатной медицинской помощи. 7

Застрахованным по ОМС
стали доступны новые сервисы на Госуслугах 8

Подписан закон об особенностях правового
регулирования отношений в сфере здравоохранения в
связи с принятием в Российскую Федерацию
ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областей 9

Илья Баланин принял участие
в заседании координационного совета МАСС
по здравоохранению 11

ОТРАСЛЕВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Представители ФОМС приняли участие
в заседании Совместной российско-киргизской
рабочей группы. 13

Состоялась отчетная конференция
Первичной профсоюзной организации
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования 14

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС

Московский городской фонд
обязательного медицинского страхования 16

ОМС В ЛИЦАХ

Директор ТФОМС Пензенской области
Елена Аксенова: «Горжусь, что работаю
в команде единомышленников» 22

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОМС

Из истории становления
медицинского страхования в России 26

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Т.Ю. Гроздова

Опыт перехода в систему обязательного медицинского
страхования новой территории, вошедшей
в состав Российской Федерации, на примере
города федерального значения
Севастополя (2014–2022 гг.) 28

Н.А. Губриева

О результатах деятельности страховых представителей
страховых медицинских организаций, анализ
деятельности работы постов страховых
представителей в медицинских организациях. 44

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

А.В. Пайль, Т.Г. Грачева, М.М. Стажарова

Об оказании медицинской помощи пациентам
с хроническими болезнями почек и заместительной
почечной терапии. Роль системы обязательного
медицинского страхования 50

ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В.В. Омеляновский, Д.Г. Щуров

Концепция ценностно-ориентированного
здравоохранения.
Российский и зарубежный опыт 54

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

А.А. Старченко, А.В. Устюгов

Школа эксперта качества онкологической помощи:
дефекты оценки эффективности лекарственной
терапии (Часть 1) 60

ШЕФСКАЯ ПОМОЩЬ

Представители ФОМС
посетили подшефные дома ребенка. 72

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Новые кадровые назначения 74

Уважаемые читатели, коллеги!

В этом году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования отмечает юбилей – 30 лет со дня основания. Все эти годы приоритетным направлением деятельности Фонда было и остается обеспечение конституционных прав граждан на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь.

За короткий по историческим меркам срок в каждом из регионов нашей страны создана инфраструктура, успешно решались задачи по внедрению современных стандартов и повышению доступности медицинской помощи, обеспечению защиты прав застрахованных граждан, внедрению передовых технических решений.

Сегодня возникают новые вызовы, потребности и направления деятельности, но цель остается прежней – повышение качества и доступности медицинских услуг и укрепление здоровья населения. Это, прежде всего, касается внедрения современных информационных систем, укрепления материально-технической базы медицинских организаций, решения вопросов обеспечения медицинскими кадрами, лекарственного обеспечения и др. Направлением наших дальнейших действий, как и прежде, будет формирование достаточной и эффективной нормативной правовой базы, которая позволит обеспечить устойчивое развитие отрасли. Уже в этом году финансирование программы в рамках ОМС увеличено на 285,6 млрд рублей, значительно расширена программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на портале «Госуслуги» запущены новые сервисы, которые делают ближе и комфортнее систему ОМС для застрахованных лиц, принят закон об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий, в новых субъектах Российской Федерации открыты территориальные фонды и начата выдача полисов.

Об итогах работы, а также обо всех планах мы расскажем на страницах юбилейных выпусков журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации». Вы узнаете об истории возникновения системы ОМС в нашей стране, перспективах развития и роста нашего общего дела, а также о людях, без которых невозможно было бы становление и развитие системы в целом.

Илья Баланин,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования



ВСТРЕЧА ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА МИХАИЛА МИШУСТИНА С ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ ФОМС ИЛЬЕЙ БАЛАНИНЫМ



Руководитель ФОМС проинформировал Председателя Правительства о работе фонда в 2022 году и планах на 2023 год, в том числе об организации системы ОМС на новых территориях.

Из стенограммы:

М. Мишустин: Уважаемый Илья Валерьевич!

Мы сегодня обсудим работу Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Президент говорил, что эффективная современная система здравоохранения имеет важнейшее значение для сбережения народа России. Это одна из целей развития, которая им обозначена на десятилетие вперёд.

В нашей стране получение медицинского обслуживания бесплатное. И ФОМС занимается как раз всеми услугами в этой сфере. Большая часть расходов на оказание этой бесплатной помощи покрывается по всей стране за счёт средств Фонда ОМС.

При формировании бюджета на следующую трёхлетку мы утвердили вложения на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования, поддержание бесперебойной работы государственных больниц, поликлиник. Толь-

ко в следующем году они превысят 2,9 трлн рублей – это колоссальная сумма.

Мы также продолжаем финансировать уникальные методы лечения, которые граждане могут получить в федеральных клиниках. Упрощение процедур получения такой помощи при наличии медицинских показаний тоже важнейшее направление работы.

За счёт средств фонда и дальше должно обеспечиваться проведение программ диспансеризации и реабилитации пациентов, начатых по поручению Президента России Владимира Путина.

Расскажите, пожалуйста, о направлениях работы и в целом о том, что сейчас происходит в фонде.

И. Баланин: Уважаемый Михаил Владимирович!

Несмотря на текущие условия – антироссийские санкции, пандемию коронавирусной инфекции, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования обеспечивает своевременную и в полном объёме оплату помощи, оказанной медицинскими организациями.

Доля средств обязательного медицинского страхования в общих расходах здравоохранения составляет 73%.

Исполнение бюджета фонда ожидаем в размере 2,813 трлн рублей, из которых 2,461 трлн рублей будет направлено в виде субвенции в территориальные фонды.

В 2022 году Правительством были приняты решения, позволяющие налогоплательщикам получить отсрочки по страховым взносам. Данным правом воспользовались 570 тысяч налогоплательщиков, но при этом ФОМС получил в полном объёме в 2022 году возмещение этих расходов со стороны федерального бюджета.

Кроме того, по предложению Министерства здравоохранения совместно с фондом – Вы поддержали, спасибо Вам большое – в марте было произведено авансирование в бюджеты территориальных фондов, что позволило исключить риски возможного удорожания стоимости лекарственных препаратов, медицинских изделий и обеспечило стабильную работу системы здравоохранения в 2022 году. И отдельно хочу отметить решение, которое недавно было принято, по поддержке субъектов Российской Федерации: на выполнение указов Президента выделено из резервного фонда Правительства 58 млрд рублей для выплаты медицинским работникам.

В 2022 году также Правительством было принято решение о включении высокотехнологичной медицинской помощи с использованием уникальных методов лечения к оплате за счёт ФОМС. В настоящее время 8 таких методов утверждено. Стоимость одного метода лечения доходит до 8 млн рублей. В 2022 году 456 человек получили такую уникальную медицинскую помощь. В 2023 году медицинские организации готовятся к оказанию помощи более чем 1 тысяче пациентов.

В соответствии с поставленными задачами, которые стоят перед Министерством здравоохранения и которые ставит Правительство, мы в 2023–2025 годах делаем упор на первичное звено здравоохранения с точки зрения увеличения профилактической помощи, диспансеризации, медицинской реабилитации. Объёмы увеличиваются, и в 2023 году объём такой помощи составит более 1 трлн рублей.

В 2023 году достигнут наибольший рост субвенций территориальным фондам ОМС для поддержки территориальных программ субъектов. Сумма субвенций составит более 2,7 трлн рублей, рост – 286 млрд, самый высокий за последние 5 лет.

Также в соответствии с поручением Президента увеличивается финансирование дальневосточных регионов в большей степени. И на это в бюджете ФОМС предусмотрены средства.

Хотел бы также доложить, уважаемый Михаил Владимирович, об организации системы ОМС на новых территориях...

М. Мишустин: Да, я как раз хотел спросить об этих территориях. Они недавно вошли в состав Российской Федерации. Естественно, что все социальные обязательства перед людьми, которые стали

гражданами Российской Федерации, должны быть выполнены.

Их интеграция в правовое поле Российской Федерации, конечно, предполагает в первую очередь получение ими всех социальных и медицинских услуг, которые полагаются гражданину Российской Федерации. Это должно быть сделано и необременительно, и комфортно. Просил бы Вас рассказать более подробно, как ведётся эта работа.

И. Баланин: *Особенность осуществления в текущем году территориальными фондами ОМС новых субъектов своих полномочий состоит в наделении их функциями страховых медицинских организаций и исполнении ими этих функций.*

Именно территориальные фонды обеспечат задачу полисов обязательного медицинского страхования, будут проводить оплату оказанной медицинской помощи, осуществлять контроль качества оказанной помощи и, конечно, обеспечивать защиту прав застрахованных лиц.

Мы разработали и передали субъектам необходимый комплект документов, для того чтобы система обязательного медицинского страхования могла начать работать на их территории. Сейчас проводим необходимые расчёты по объёмам финансового обеспечения и разрабатываем проект программы государственных гарантий.

В полном объёме застрахованные лица могут получать медицинскую помощь не только на территории данных субъектов, а в любом субъекте Российской Федерации, так же, как и все наши граждане, и так же в любом федеральном учреждении. То есть и эту помощь мы будем оплачивать за счёт средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования. А в полном объёме система ОМС работает в этих субъектах начиная с 2024 года.

М. Мишустин: Это очень важно. То, о чём Вы сказали, – масштабные задачи. И чем быстрее они будут решены, в частности, для новых граждан Российской Федерации, тем, естественно, больше качество их жизни будет соответствовать государственным гарантиям, которые приняты в Российской Федерации. Просил бы Вас держать этот вопрос на особом контроле.

government.ru

РАСШИРЕНА ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Правительство России расширило и продлило Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи до 2025 года. Об этом заявил премьер-министр Михаил Мишустин на оперативном совещании с вице-преьерами.

Программа предусматривает в том числе оказание высокотехнологичной и специализированной помощи. Расширяются возможности медицинской реабилитации.

«Важно, чтобы бесплатная медицинская помощь, в том числе специализированная и высокотехнологичная, была доступна людям во всех населённых пунктах нашей страны. Её качество должно определяться едиными подходами, а не местом жительства пациента. Все необходимые средства для этого предусмотрены», – подчеркнул премьер-министр.

Финансирование программы в рамках обязательного медицинского страхования увеличено в 2023 году на 295 млрд рублей, включая увеличение фонда оплаты труда не менее чем на 8,5%. Почти на 8 млрд рублей возрастут расходы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, сообщила вице-премьер Татьяна Голикова.

В 2023 году на 14% увеличены объёмы первичной медико-санитарной помощи и на 35% – по медицинской реабилитации.

Поскольку не все медицинские организации первичного звена имеют достаточное количество специалистов по медицинской реабилитации, в программе

предусмотрены положения, позволяющие врачам таких организаций проводить телемедицинские консультации с врачами по медицинской реабилитации других медорганизаций, в том числе федеральных. Порядок оплаты данных консультаций должен быть установлен регионами в соответствующих тарифных соглашениях.

Впервые с 2023 года отдельно выделяются объёмы медицинской помощи по диспансерному наблюдению за гражданами с хроническими заболеваниями.

Для реализации плана мероприятий по борьбе с гепатитом С в программе предусмотрены соответствующие положения. В частности, это порядок оказания медицинской помощи больным с данным заболеванием за счёт средств обязательного медицинского страхования в дневном и круглосуточном стационарах. Выделение в тарифных соглашениях регионов отдельных тарифов для оплаты такой помощи. В этой связи Минздрав России должен утвердить до 1 марта 2023 года чёткие критерии проведения такого лечения.

В программе дополнительно конкретизированы отдельные мероприятия, в том числе по финансированию за счёт средств обязательного медицинского страхования деятельности школ здоровья для больных с диабетом.

В программу дополнительно включены положения по выездным формам работы федеральных медицинских организаций, оказанию ими помощи по месту жительства или нахождения пациента, а также осуществлению федеральными организациями медицинской эвакуации пациентов при наличии показаний.

В 2023 году программа дополнена положениями по проведению Федеральным фондом обязательного медицинского страхования анализа расходов медицинских организаций в сравнении со структурой расходов 2022 года. И при любых отклонениях фонд обязан информировать об этом Министерство здравоохранения РФ и регионы для принятия срочных мер реагирования.

ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ОМС СТАЛИ ДОСТУПНЫ НОВЫЕ СЕРВИСЫ НА ГОСУСЛУГАХ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в рамках эксперимента по созданию, переводу и развитию государственных информационных систем и их компонентов на единой цифровой платформе «ГосТех» в соответствии с Постановлением Правительства РФ, а также в соответствии с планом перевода массовых социально значимых услуг в электронный вид совместно с Минцифры России запустил на Едином портале государственных услуг (ЕПГУ) новые сервисы для застрахованных по ОМС.



«Новые сервисы ОМС позволяют значительно упростить взаимодействие всех участников системы обязательного медицинского страхования. И самое важное, делают ближе и комфортнее систему ОМС для застрахованных, дают им возможность получить услуги без обращения в различные инстанции», – отметил председатель ФОМС Илья Баланин.

согласие на получение обновленных данных от Федерального фонда ОМС и актуализировать сведения о документах, удостоверяющих личность, и СНИЛС.

Ранее всем застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, актуализировавшим свои данные на портале «Госуслуг», стали доступны цифровые полисы ОМС. Теперь для получения помощи в медицинской организации достаточно предъявить паспорт или свидетельство о рождении для детей до 14 лет. При необходимости можно показать цифровой документ на экране телефона,

Теперь застрахованным в системе ОМС на Едином портале государственных услуг доступны:

- постановка на учет в качестве застрахованного лица в системе ОМС;
- предоставление сведений о страховании застрахованного лица в системе ОМС;
- предоставление сведений о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации;
- выбор (замена) страховой медицинской организации;
- предоставление сведений об оказанных медицинских услугах;
- приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования;
- восстановление на учете застрахованного лица в системе обязательного медицинского страхования.

Воспользоваться новыми сервисами могут пользователи портала «Госуслуг» с подтвержденной учетной записью. Также застрахованные должны дать

а при онлайн-записи к врачу или прикреплении к поликлинике данные о полисе будут «подтягиваться» автоматически из личного кабинета.

ПОДПИСАН ЗАКОН ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ ДНР, ЛНР, ЗАПОРОЖСКОЙ И ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ

Владимир Путин подписал Федеральный закон от 17.02.2023 № 16-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области».

Федеральный закон принят Государственной Думой 14 февраля 2023 года и одобрен Советом Федерации 15 февраля 2023 года.

В целях реализации федеральных конституционных законов о принятии в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей и образования в составе Российской Федерации новых субъектов, которыми, в частности, устанавливаются государственные гарантии в сфере охраны здоровья, Федеральным законом определяются особенности медицинской и фармацевтической деятельности в указанных субъектах Российской Федерации, а также особенности обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

Согласно Федеральному закону, лица, давшие клятву врача в соответствии с законодательством, действовавшим на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей до дня их принятия в Российскую Федерацию, считаются давшими клятву врача в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В течение переходного периода (до 1 января 2026 года) за всеми медицинскими работниками сохраняется возможность осуществлять медицинскую либо фармацевтическую деятельность на основании ранее выданных в Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской и Херсонской областях, а также на территории Украины документов об образовании (сертификата специалиста, свидетельства об аккредитации специалиста или документа, подтверждающего присвоение квалификационной категории) до истечения срока их действия, если специальности, указанные в документах, соответствуют российским номенклату-

рам специальностей работников, имеющих медицинское и фармацевтическое образование.

В дальнейшем медицинские работники подлежат аккредитации специалиста в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Аналогичный порядок допуска к медицинской деятельности установлен в отношении педагогических и научных работников, имеющих указанные документы об образовании.

Лица, имеющие медицинское или фармацевтическое образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской либо фармацевтической деятельности после прохождения соответствующего обучения по программам профессиональной переподготовки и прохождения аккредитации специалиста..

Федеральным законом устанавливается, что:

- медицинская помощь в медицинских организациях, расположенных на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей, оказывается без учета клинических рекомендаций;
- в течение переходного периода нормативными правовыми актами указанных субъектов Российской Федерации могут быть установлены особенности организации и оказания медицинской помощи, в том числе в отношении работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда (по согласованию с Минздравом России и ФМБА России);
- Минздрав России вправе установить особенности проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы), в том числе порядок оформления и форму медицинских заключений по результатам таких осмотров, освидетельствований и экспертиз;
- нормативными правовыми актами указанных субъектов Российской Федерации могут быть установлены особенности лицензирования медицинской деятельности, фармацевтической деятельности

и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (до 1 марта 2024 года);

- производство лекарственных средств и медицинских изделий на территориях указанных субъектов Российской Федерации допускается на основании разрешительных документов, выданных на этих территориях или на территории Украины до дня вступления в силу Федерального закона, без какого-либо подтверждения государственными органами Российской Федерации.

Федеральным законом также установлен порядок финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам, проживающим на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей.

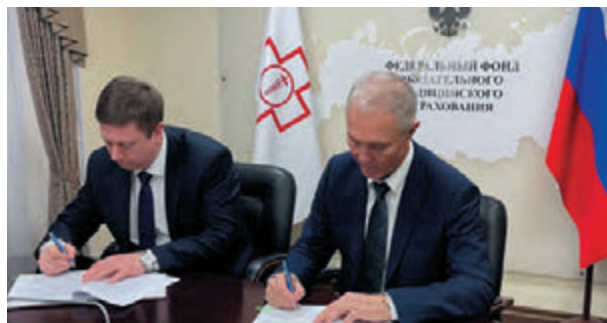
Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин и временно исполняющие обязанности глав Луганской Народной Республики и Донецкой Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей подписали соглашения о взаимодействии, предусматривающие организацию создания территориальных фондов и выдачу полисов ОМС жителям новых регионов.

«На основании полиса ОМС жители новых субъектов Российской Федерации будут получать бесплатную медицинскую помощь на всей территории нашей страны в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, в том числе высокотехнологичную медпомощь во всех федеральных клиниках страны», – подчеркнул Илья Баланин.

Врио главы ЛНР Леонид Пасечник подчеркнул, что организация деятельности территориального фонда ОМС в республике свидетельствует о «плавном и быстром движении в правовое поле Российской Федерации».

Врио губернатора Запорожской области Евгений Балицкий, отметил важность бесплатной и качественной медицинской поддержки каждому нуждающемуся в ней жителю области.

По словам врио губернатора Херсонской области Владимира Сальдо, территории еще предстоит масштабная работа, чтобы войти в российское правовое поле, и подписанное соглашение – один из уверенных шагов в этом направлении.



«Впереди еще долгая и трудная работа, чтобы соответствовать уровню всей Российской Федерации. Подписание соглашения с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования – огромный шаг в этом направлении», – отметил врио главы ДНР Денис Пушилин.

ИЛЬЯ БАЛАНИН ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В ЗАСЕДАНИИ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА МАСС ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

В Кузбассе прошло заседание Координационного совета Межрегиональной ассоциации экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Сибирское соглашение» по здравоохранению. Представители 12 сибирских регионов и Москвы обсудили вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи населению в рамках программы ОМС.

В своем вступительном слове председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин отметил, что в 2023 году в программу госгарантий, которая является основным инструментом для оказания медицинской помощи застрахованным в системе ОМС, введены дополнительные направления, связанные с реализацией инициатив Президента и Правительства России.

Так, люди с ограниченными возможностями в передвижении, а также проживающие в отдален-



ных районах и сельской местности, смогут получать реабилитацию на дому при условии что такая реабилитация им показана; впервые отдельно выделены объемы медпомощи по диспансерному наблюдению за гражданами с хроническими заболеваниями;



для граждан в отдаленных территориях и сельской местности установлены положения по порядку оказания первичной медико-санитарной помощи медицинскими бригадами. График таких выездов должен быть утвержден руководителем близлежащей медорганизации, к которой прикреплены жители; приняты положения для оказания медицинской помощи больным с гепатитом С за счет средств ОМС в дневном и круглосуточном стационарах.

«Приоритетным направлением для ФОМС в последние годы является финансирование амбулаторного звена, на эти цели в 2023 году будет направлено более 1 трлн рублей, или 39% от общего объема финансирования, что почти на 14% больше, чем в прошлом году. Это позволит существенно развить оказание помощи в амбулаторном звене, увеличить объемы профилактической помощи, медицинской реабилитации, диспансеризаций, что будет способствовать решению ключевой задачи, которая стоит перед всей системой здравоохранения – повышение продолжительности жизни наших граждан», – отметил Илья Баланин.

”

И. Баланин: Приоритетным направлением для ФОМС в последние годы является финансирование амбулаторного звена.

Губернатор Кемеровской области – Кузбасса, председатель совета межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение» Сергей Цивилев отметил, что сегодня формируется общая стратегия развития



Сибири и вопросы здравоохранения в ней одни из самых приоритетных.

«Мы вместе обсуждаем самые актуальные проблемы регионов, ищем совместное решение, потому что сибиряки – это одна большая семья. В решениях, которые мы примем сегодня, самое важное, чтобы жители всех регионов, входящих в «Сибирское соглашение», могли получать больше качественных медицинских услуг по программе ОМС, то есть бесплатно, чтобы современная медицина стала более доступной для селян», – подчеркнул Сергей Цивилев.

Министр здравоохранения Кузбасса Дмитрий Беглов доложил, что в регионе по программе ОМС застрахованы 2 млн 455 тыс. человек, из них 537 тыс. – дети. Большая часть расходов (около 80%) на оказание бесплатной помощи населению покрывается за счет средств Федерального фонда ОМС.

Также Дмитрий Беглов внес ряд предложений по корректировке начисления субвенций для регионов с учетом структуры населения (возраст, количество пациентов с хроническими заболеваниями и т.д.). Эти и другие предложения, которые поступили от субъектов – участников совещания, будут проанализированы и при возможности включены в программу ОМС на 2023 год.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов поднял тему защиты прав пациентов, повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в рамках ОМС. Он сообщил, что, по сравнению с 2021 годом, в 2022 году общий уровень удовлетворенности населения медицинскими услугами вырос.

Среди факторов, которые требуют доработки, – взаимоотношения врач-пациент и направление пациентов в отделения платных услуг.

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ФОМС ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В ЗАСЕДАНИИ СОВМЕСТНОЙ РОССИЙСКО-КИРГИЗСКОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ



Представители Федерального фонда обязательного медицинского страхования приняли участие в шестнадцатом заседании Совместной российско-киргизской рабочей группы по обсуждению проблемных вопросов, возникающих при реализации Соглашения между Правительством Российской Федерации и Правительством Киргизской Республики о трудовой деятельности и социальной защите трудящихся-мигрантов от 28 марта 1996 года и Протокола к нему от 22 сентября 2003 года. Главными вопросами повестки дня стали изменения в законодательстве государств сторон, связанные с деятельностью иностранных работников, перспективы

реформирования миграционного законодательства, учреждение миграционных центров Российской Федерации на территории Киргизской Республики, обмен статистической информацией между сторонами в сфере трудовой миграции. Стороны обсудили проблемы нахождения граждан Киргизской Республики в Российской Федерации, такие как прохождение обязательного медицинского освидетельствования на территории Российской Федерации.

В заседании приняли участие представители Минтруда и ФОМС Киргизской Республики, МВД России, Минтруда России и Роструда, Минздрава России и Минэкономразвития России (в режиме видео-конференц-связи).

Одной из главных тем обсуждения являлся вопрос оказания медицинской помощи неработающим членам семей трудящихся граждан Киргизской Республики, в том числе несовершеннолетним детям. Киргизская сторона предложила различные варианты решения вопроса оказания медицинской помощи, в том числе с использованием схем добровольного медицинского страхования.

По итогам заседания стороны достигли договоренности о совместной проработке вопросов, затронутых в ходе заседания, компетентными органами Российской Федерации и Киргизской Республики.

СОСТОЯЛАСЬ ОТЧЕТНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФСОЮЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

«У профсоюза особая роль. <...> Там, где профсоюзные организации действуют активно и вместе с тем ответственно, содержательно, создаются эффективные системы коммуникации между трудовыми коллективами и работодателями, результативно решаются вопросы, связанные с повышением заработной платы, улучшением условий труда, отдыха».

Президент России Владимир Путин, заседание X съезда Федерации независимых профсоюзов России, 22 мая 2019 года.

Председатель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Нина Сулонова отметила эффективное социальное партнерство в Федеральном фонде ОМС, активную позицию его Первичной профсоюзной организации, которая эффективно взаимодействует с областным комитетом по всем направлениям работы, включая патриотическую акцию «Своих не бросаем».

Председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин подчеркнул важную роль профсоюза в работе Фонда и поблагодарил за активную деятельность, мероприятия, сплачивающие коллектив, высокий уровень культурно-массовой и оздоровительной работы.

Председатель Первичной профсоюзной организации ФОМС Галина Антонова представила доклад о проделанной работе за 2022 год, о планируемых мероприятиях профсоюзной организации на 2023 год и отметила, что сильный профком – залог успеха и качества всей профсоюзной работы.

Одно из наиболее важных направлений деятельности – это развитие социального партнерства между работодателем и профсоюзной организацией, основным инструментом которого является коллективный договор, который регулирует вопросы условий труда, организацию отдыха, предоставления льгот и гарантий работникам.

Еще один важный раздел работы профкома – охрана труда и техника безопасности. Это комплекс ме-



роприятий, призванных обеспечивать нормальные условия трудового процесса для работников Фонда. В целях улучшения условий труда в Фонде были проведены мероприятия по обеспечению теплового режима и микроклимата, чистоты воздушной среды, модернизация системы вентиляции и дымоудаления, системы видеонаблюдения, системы электроснабжения здания с поставкой вентиляционного и термометрического оборудования.

На постоянной основе проходят обучение и проверка знаний работников по вопросам охраны труда, проводится инструктаж по охране труда и техники безопасности при выполнении рабочих процессов.

Сохранение и укрепление здоровья работников является одним из приоритетных направлений





в работе. Санитарно-курортное лечение для членов профсоюза осуществляется на льготных условиях. За отчетный период были предоставлены льготные путевки в санатории для членов профсоюзной организации и их семей.

Члены профсоюза имеют возможность получить скидку на оплату билетов при посещении театров, выставок, концертов, музеев, а также на оплату поездки по туристическим маршрутам, организованным профсоюзом.

«Сплоченная, дружная и устремленная к результату команда творит чудеса. Мы, члены профкома, хотим, чтобы вы знали – каждый сотрудник нашего коллектива ценен своими качествами. И каждый из вас вносит неоценимый вклад в нашу общественную работу. Наша первичная профсоюзная организация ставит перед собой задачу по сплочению коллектива. Мы стараемся, чтобы все работники были объединены не только профессиональной деятельностью, но и досугом», – сказала Галина Антонова.

В конце конференции Галина Антонова рассказала о планируемых мероприятиях профсоюзной организации на 2023 год, разработанных с учетом пожеланий и предложений сотрудников Фонда, которые были указаны в анкетах.

Будет продолжена шефская помощь детским домам, детям Донбасса, находящимся в настоящее время в Подмоскowie, и гуманитарная помощь участникам специальной военной операции.

Вся страна помогает нашей армии и жителям Донбасса. Естественно, Первичная профсоюзная организация ФОМС не осталась в стороне, и сотрудники собрали гуманитарную помощь: одежду, обувь, продуктовые наборы, предметы гигиены, книги.

По просьбе Новоазовской больницы сотрудники ФОМС закупили механические коляски для раненых, костыли, постельные комплекты, чайники, медицинские перчатки, одноразовые медицинские инструменты, памперсы, пеленки, противопролежневые кремы, салфетки и многое другое. Раненым военнослужащим важна не только материальная, но и человеческая поддержка. Многие сотрудники Фонда при-



несли поделки детей и внуков в качестве новогодних подарков для наших защитников. Каждая игрушка сопровождалась открыткой или письмом с теплыми словами поддержки и поздравлением с наступающим Новым годом. Дети писали свой адрес и просили ответить им, а в дальнейшем постоянно переписываться.

Ситуация с СВО высветила, как много у нас равнодушных людей. Каждый старается помочь. Великий путь начинается с первого шага, понятно, что без помощи и поддержки наших ребят на передовой и в госпиталях не обойтись. Весь коллектив Фонда поддерживает и старается максимально помочь во всех вопросах, а также продолжает собирать гуманитарную помощь.

От каждого из нас зависит успешное завершение специальной военной операции!

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ



МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования не только самый крупный территориальный фонд ОМС в России, но и один из самых передовых. За 30 лет работы фонд неоднократно выступал инициатором нововведений для пациентов и врачей, стал основоположником ряда важных для всей системы ОМС достижений, сделал огромный шаг на пути цифровизации.

По полису ОМС в Москве можно получить порядка 7 тыс. медуслуг. Московский фонд первым в стране предоставил возможность пациентам убедиться в прозрачности финансовых расходов в системе здравоохранения с помощью сервиса «Личный кабинет».

В основе системы ОМС Москвы всегда лежал принцип солидарной ответственности, позволяющий сохранять важнейшую социальную гарантию – получение бесплатной медицинской помощи независимо от социального статуса.

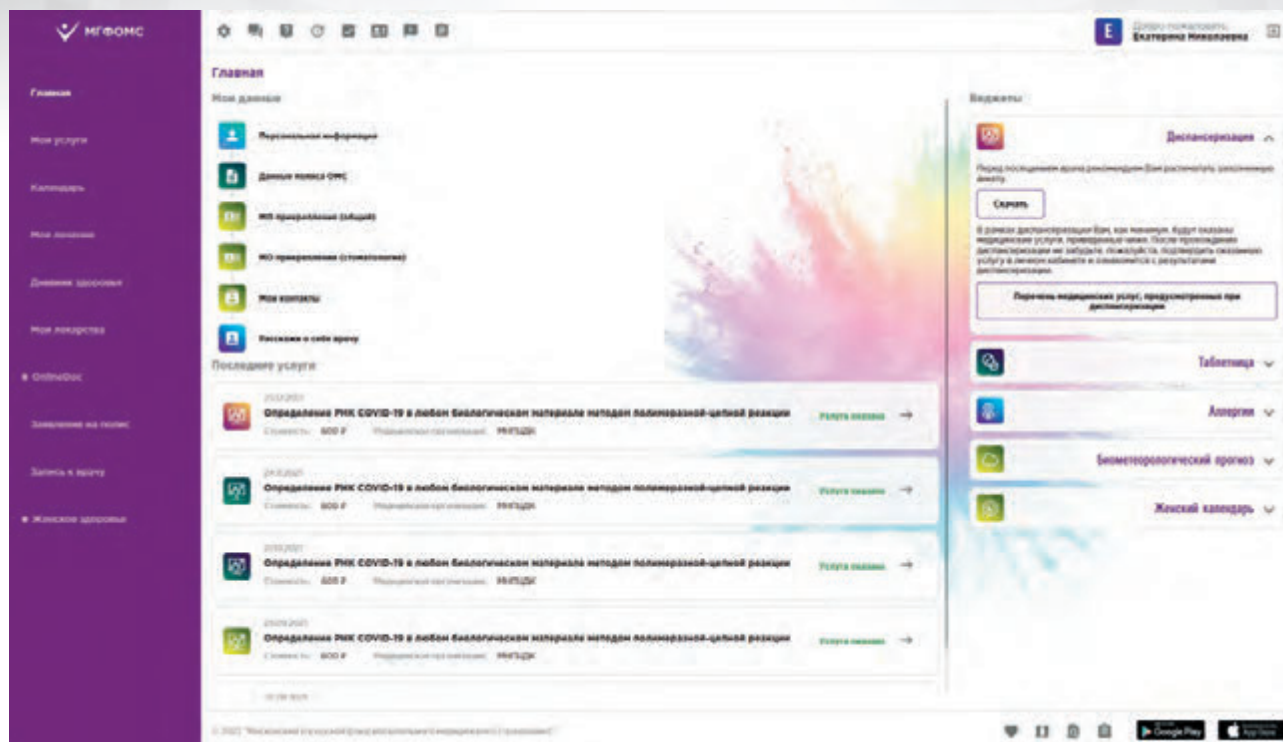
Фонду удалось наладить взаимодействие всех участников системы ОМС, обеспечив всестороннее и качественное выполнение задач. Все звенья системы работают слаженно. Общая цель – здоровье каждого пациента, и для сотрудников фонда большая честь быть непосредственными участниками развития ОМС в Москве.

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС) был учрежден постановлением Правительства Москвы от 29.06.1993 № 606 «О порядке введения в Москве Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и действует на основании Положения о Московском городском фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного Постановлением Правительства Москвы от 25.10.2011 № 494-ПП. МГФОМС управляет средствами обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территории города Москвы, предназначенными для обеспечения гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках программ ОМС и в целях обеспечения финансовой устойчивости ОМС на территории города Москвы. Фонд также решает иные задачи, установленные Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

МГФОМС является самым крупным территориальным фондом ОМС (далее – ТФОМС) в России. Реестр застрахованных по ОМС в Москве насчитывает 13 млн человек. В столице работают 6 самых крупных страховых медицинских организаций (далее – СМО) страны. Застрахованные по ОМС в Москве получают медицинскую помощь в 450 медицинских учреждениях, различной формы собственности, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС Москвы, некоторые из которых имеет мировую известность.

Первый в РФ сервис информирования застрахованных по ОМС лиц об объеме и стоимости оказанной медпомощи

Одно из поворотных и важных достижений МГФОМС в истории ОМС Москвы: запуск в промышленную эксплуатацию в 2015 году первого в России сервиса информирования застрахованных об объеме и стоимости оказанной медицинской помощи – «Личный кабинет» на сайте www.mgfoms.ru.



Московский фонд ОМС первым в стране предоставил возможность застрахованным видеть расходы фонда на оказанную конкретному человеку медицинскую помощь, узнавать об объеме полученной медицинской помощи и реальной стоимости оказанных медицинских услуг во всех медицинских организациях, работающих в системе ОМС Москвы. Сервис также позволяет оценить качество и доступность оказанной медицинской помощи.

Одна из важных особенностей Личного кабинета – возможность самостоятельно проверить и подтвердить информацию о прикреплении к обычной и стоматологический поликлиникам и получении медицинских услуг. Проверая правильность записей о приеме в Личном кабинете, каждый застрахованный тем самым дает качественную оценку работы медицинских организаций и участвует в контроле расходов фонда.

За полные 7 лет своего существования, учитывая пожелания и потребности жителей Москвы – пользователей Личного кабинета, МГФОМС доработал и реализовал множество новых функций и возможностей, некоторые из которых москвичи оценили первыми в стране.

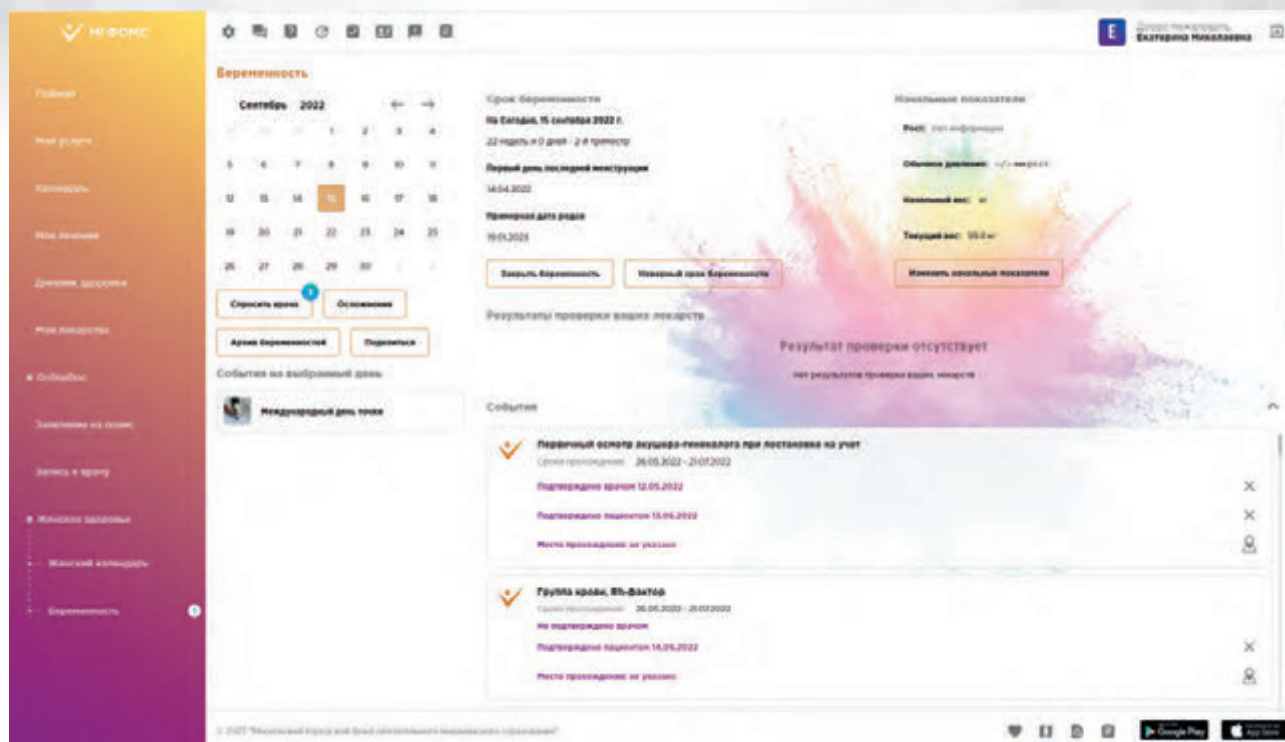
Так, в 2019 году внутри Личного кабинета с помощью «Профиля подопечного» МГФОМС предоставил

возможность законным представителям несовершеннолетних изучать информацию об оплаченных системой ОМС медицинских услугах детям и использовать те же разделы кабинета, но созданные отдельно на детей, направленные на повышение уровня осведомленности о своем собственном здоровье.

В 2020 году МГФОМС разработал и внедрил новый сервис для пациентов и врачей, позволяющий с помощью отдельного раздела в Личном кабинете – «Беременность», сопровождать беременную женщину на всех этапах беременности. Особенность сервиса в том, что будущей маме доступен сформированный полный календарный план всех необходимых исследований и скринингов, перечень необходимых врачей-специалистов, посещение которых важно при ведении беременности. Пациент следит за течением беременности в режиме онлайн вместе с врачом, оставаясь с врачом на связи с помощью безопасного чата.

МГФОМС фактически положил начало дистанционному сопровождению врачом своего пациента в России.

Однако это то, что видит пациент. Для мотивации медицинских организаций была предложена новая модель оплаты за так называемую комплексную услугу по ведению беременности и родам. Для получе-



ния полной стоимости комплексной услуги клинике необходимо следовать утвержденным клиническим протоколам и оказывать все необходимые медицинские услуги, включая сами роды и наблюдение за роженицей 42 дня в одном медицинском учреждении от постановки на учет до полного восстановления. Это обеспечивает здоровую конкуренцию, а также устанавливает базовые требования к качеству, которые контролируются через информационную систему МГФОМС.

В марте 2021 года в Личном кабинете фонд анонсирован новый раздел для женщин «Женский календарь», позволяющий аккумулировать всю информацию о женском здоровье в одном месте в целях формирования максимально полного анамнеза о состоянии здоровья. Новый раздел имел успех среди пользователей Сервиса женского пола, помимо прочего «Женский календарь» также добавлен в «Профиле подопечных» – девочек, чтобы законный представитель будущей взрослой женщины помог ей сформировать историю взросления с самого начала.

При этом вся информация, вносимая законным представителем несовершеннолетнего в «Профиль подопечного», останется доступной ребенку (незави-

симо от его пола) по достижении им совершеннолетия внутри его «взрослого» Личного кабинета.

Личный кабинет появился в 2015 году как сервис, позволяющий смотреть оказанные медицинские услуги по полису ОМС. Но, слушая пожелания застрахованных по ОМС в Москве и реагируя на их потребности, фонд год за годом непрерывно продолжал работу над улучшением сервиса.

Сегодня в Личном кабинете пользователь может узнать номер своего полиса ОМС, оформить онлайн-заявление на получение нового, планировать прием лекарственных средств и проверить их совместимость по профессиональной врачебной системе, вести календарь менструального цикла и дневник здоровья, хранить результаты всех медицинских исследований с предоставлением доступа врачу, общаться с врачом через мессенджер, открывать кабинеты детям, подавать обращение в СМО сразу из своего кабинета, следить за историей обращений и многое другое. Личный кабинет МГФОМС – это целая экосистема для человека, в чьи ценности входит здоровье. Фонд продолжает работать над его улучшением, шагая в ногу со временем и учитывая потребности московских застрахованных.

Организация обеспечения прав застрахованных по ОМС в Москве

МГФОМС неустанно информирует граждан о правах и обязанностях в ОМС. Защита прав застрахованных по ОМС является неотъемлемой частью работы МГФОМС, поэтому фондом регулярно проводятся различные информационные мероприятия, направленные на разъяснение не только прав, но и обязанностей застрахованных лиц и увеличение правовой грамотности населения в вопросах ОМС.

В МГФОМС обращения застрахованных лиц поступают по номеру «горячей линии» фонда 8 (495) 952-93-21, через форму обратной связи на официальном сайте www.mgfoms.ru и в разделе «Обратная связь и контакты» – «Обращения» и через Личный кабинет.

В целях обеспечения защиты прав лиц, застрахованных по ОМС, МГФОМС обеспечивает круглосуточную работу службы «Контакт-центр»: в режиме работы оператора с 8:00 до 20:00 по рабочим дням, в режиме работы «электронного секретаря» с 20:00 до 8:00 по рабочим дням, в выходные и праздничные дни с возможностью информирования по наиболее часто задаваемым вопросам. Ежедневно отделом «Контакт-центр» обрабатывается от 300 до 400 устных обращений.

По обращениям граждан, содержащим вопросы, относящиеся к компетенции органов управления здравоохранением и медицинских организаций, МГФОМС направляет соответствующие запросы в Департамент здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ) и иные органы, медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, ТФОМС, другие организации.

В связи с поступающими жалобами и заявлениями направляются поручения в СМО о проведении контрольно-экспертных мероприятий, а также соответствующие запросы в ДЗМ и иные органы, медицинские организации, ТФОМС, другие организации.

По итогам рассмотрения жалоб принимаются конкретные меры по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в досудебном порядке: специалисты МГФОМС оказывают содействие в реализации права на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, организуют консультации врачей-специалистов, госпитализации, лабораторные и инструментальные исследования, направления заявок в МГФОМС по оформлению полисов единого образца и иные меры.

Система ОМС Москвы в лицах

МГФОМС не добился бы результатов в поставленных задачах, если бы не труд и опыт его квалифицированных специалистов. Среди 475 сотрудников фонда множество удивительных и талантливых людей, профессионализм которых высоко ценят в МГФОМС. Особую гордость вызывают сотрудники фонда, стоявшие у истоков развития системы ОМС, продолжающие и сегодня трудиться на благо столичного здравоохранения. Каждый из них принимал непосредственное участие в становлении и развитии системы ОМС в городе Москве.

ЕЛЕНА ГОМОНОВА (начальник отдела обеспечения работы Правления Организационно-аналитического управления МГФОМС) принята на работу в фонд в сентябре 1993 года. Елена Гомонова входила в состав рабочих групп по разработке Правил ОМС населения г. Москвы, типовых форм договоров, действующих в системе ОМС города Москвы, и др. В пределах своих полномочий взаимодействовала с органами законодательной и исполнительной власти Москвы по вопросам совершенствования системы ОМС. Осуществляла деятельность по контролю за исполнением решений и поручений Правления МГФОМС. Эффективно и грамотно руководила организационно-технической работой по подготовке и проведению заседаний Правления МГФОМС. Принимала участие в конференциях по вопросам организации ОМС.

НАТАЛЬЯ ЛЕВАШОВА (заместитель начальника Управления взаимодействия с медицинскими организациями – начальник отдела учета и отчетности, обработки и формирования данных МГФОМС) работает с октября 1993 года. Наталья Левашова успешно осуществляла руководство работой по обеспечению учета и контроля поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование в ходе реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, обеспечивала контроль

за выполнением плана сбора платежей, поступающих от страхователей на обязательное медицинское страхование, а также за своевременным представлением территориальными учетно-контрольными управлениями-филиалами фонда установленной отчетности и за достоверностью отражаемых в ней сведений.

С ее участием осуществлены мероприятия по обеспечению формирования и актуализации «Сведений о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования», для целей контроля выполнения ими обязательств в сфере ОМС.

Наталья Левашова принимала участие в организации и работе совещаний и других мероприятий, проводимых МГФОМС и иными организациями по вопросам обязательного медицинского страхования.

СВЕТЛАНА ЕФИМЕНКО (заместитель директора – начальник Управления социально-экономического анализа системы ОМС МГФОМС) в штате сотрудников фонда с августа 1994 года. При ее непосредственном участии было создано Управление социально-экономического анализа системы ОМС, деятельность которого направлена на систематизацию и обработку микро- и макроэкономических показателей, влияющих на развитие системы ОМС, методологию и методы проведения социально-экономического анализа и прогнозирования развития системы ОМС, разработку и совершенствование методик расчетов и формирование тарифов, выработку рекомендаций по максимальной медицинской, социальной и экономической эффективности затрат для обеспечения гарантированного уровня медицинской помощи населению, с учетом имеющихся финансовых возможностей.

Светлана Ефименко была автором научных и научно-практических публикаций в ведущих российских журналах, таких как «Социология медицины», «Экономика здравоохранения», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины», «Врач и информационные технологии» и др. Активно

участвовала в комиссиях, конгрессах, конференциях, симпозиумах, посвященных социально-экономическим проблемам отечественной системы здравоохранения, обязательного медицинского страхования и охраны здоровья населения.

ТАТЬЯНА ЮРЬЕВА (помощник руководителя МГФОМС) работает в фонде с ноября 1994 года. Татьяна Юрьева принимала активное участие в организации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами в городе Москве, осуществляла проведение организационных мероприятий по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», являлась сопредседателем Межведомственной рабочей группы по совершенствованию нормативных документов системы ОМС города Москвы. За время работы в МГФОМС проявила себя как опытный квалифицированный специалист в организации учета и анализа объемов и экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС гражданам, разработки и рецензирования законодательных и нормативно-методических документов, действующих в системе ОМС, в здравоохранении Российской Федерации.

Татьяна Юрьева неоднократно представляла интересы МГФОМС на межведомственных совещаниях, конференциях, «круглых столах», выступая с докладами.

НАТАЛЬЯ КОРОЛЕВА (начальник Контрольного управления МГФОМС) работает в фонде с мая 1997 года. Наталья Королева эффективно и рационально организовывала проведение планирования и подготовки проверок финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Она принимала активное участие в разработке проектов плана проверок, программ и методических рекомендаций по проведению проверок использования средств ОМС, средств Федерального фонда ОМС, а также средств бюджетов, поступающих на счета медицинских организаций от СМО или МГФОМС.

Являясь членом рабочей группы по анализу хода реализации региональной программы модерниза-

ции здравоохранения города Москвы, Наталья Королева принимала активное участие в работе группы, занимаясь анализом выполнения мероприятий и соблюдения сроков реализации региональной программы модернизации здравоохранения, анализом целевого, рационального и эффективного использования средств на ее финансовое обеспечение.

МГФОМС сегодня

В настоящее время МГФОМС продолжает проводить не только политику, направленную на достиже-

ние общих результатов, удовлетворяющих потребности всех участников столичной системы ОМС, но и активно принимает участие в общественной жизни города. Инициативная группа сотрудников летом 2022 года принимала участие в фестивале спорта, приуроченного ко Дню физкультурника, организатором которого выступила Префектура Центрального административного округа города Москвы. Команда МГФОМС получила приз зрительских симпатий в соревнованиях по мини-футболу.





ДИРЕКТОР ТФОМС ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЕЛЕНА АКСЕНОВА: «ГОРЖУСЬ, ЧТО РАБОТАЮ В КОМАНДЕ ЕДИНОМЫШЛЕННИКОВ»



Система ОМС позволила создать независимый источник средств финансирования большей части медицинской помощи, а также повысить качество и сделать медицинскую помощь более доступной.

Таких результатов невозможно достичь без поддержки, стараний и опыта квалифицированных специалистов Федерального и территориальных фондов ОМС. Они не просто следят за соблюдением прав застрахованных, но слышат их пожелания и оперативно на них реагируют, руководствуясь тем, что здоровье – это одна из основных ценностей человека.

В первом номере юбилейного издания мы рассказываем о директоре ТФОМС Пензенской области Елене Аксеновой, посвятивший системе ОМС 29 лет.

В 2023 году системе обязательного медицинского страхования исполняется 30 лет. За эти годы она стала финансовым гарантом сферы здравоохранения, позволив обеспечить стабильное финансирование медицинских организаций и реализацию равнодоступной и бесплатной медицинской помощи каждому гражданину независимо от социального статуса и уровня доходов. На территории Пензенской области это было бы трудно осуществить без эффективного руководителя, директора ТФОМС Пензенской области Елены Аксеновой. Елена Аксенова пришла

на работу в ТФОМС Пензенской области в 1994 году и прошла свой путь от экономиста планово-экономического отдела до директора ТФОМС Пензенской области. Ее вклад в общественную и социальную жизнь региона по достоинству оценен на высшем уровне: Елена Аксенова награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», Почетным знаком губернатора Пензенской области «Во славу земли Пензенской», Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а ТФОМС Пензенской области

под ее руководством постоянно получает достойные награды на региональном и всероссийском уровне. С 2018 года и по настоящее время Елена Аксенова представляет Федеральный фонд ОМС в Приволжском федеральном округе. Елена Аксенова – опытный руководитель, который ставит высокие цели и достигает их, а главной ценностью считает сплоченный коллектив Фонда, без которого эти цели не реализовались бы.

– Вы стояли у истоков образования системы обязательного медицинского страхования Пензенской области, расскажите, с какими трудностями Вы сталкивались на начальном этапе?

– Первые годы формирования системы ОМС в Пензенской области были непростыми. Стояла задача по организации учета страхователей Пензенской области, осуществляющих оплату страховых взносов на ОМС. Деятельность страховых медицинских организаций на территории Пензенской области не осуществлялась, и до 1995 года ТФОМС выполнял функцию страховщика. Оформление полисов и учет застрахованных граждан осуществлялись сотрудниками Фонда ручным способом на бумажном носителе.

Кроме того, стояла сложная задача по организации учета медицинских услуг, формированию счетов на оплату оказанной медицинской помощи.

В 1993 году медицинскую помощь по программе ОМС оказывали 3 медицинских учреждения, в 1995 году сеть расширилась до 51 медицинского учреждения. В настоящее время в реализации Территориальной программы ОМС участвуют 82 медицинские организации, из них 37 частной формы собственности.

Следующий важный этап в развитии ОМС в регионе – разработка и внедрение проекта реформирования системы здравоохранения Пензенской области, ориентированного на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций. Указанный проект успешно реализовывался на территории Пензенской области на протяжении четырех лет (с 2008 по 2011 год), что позволило оптимизировать бюджетные расходы на содержание медицинских организаций.

– Как удалось за достаточно сжатые сроки организовать систему ОМС в регионе?

– Трудные годы становления и последующего развития были бы невозможны без сотрудничества и взаимодействия с депутатским корпусом, органами власти, министерствами и ведомствами различного уровня, участниками системы обязательного медицинского страхования. Отсутствие разобщенности в реализации социально значимых проектов и общие цели, направленные на осуществление модернизации отрасли здравоохранения в целом, явилось хорошей основой для развития сферы ОМС в регионе, а значит, и для достижения позитивных результатов во имя и для человека. Именно поэтому в своей рабо-



С 2018 года и по настоящее время Елена Аксенова представляет Федеральный фонд ОМС в Приволжском федеральном округе

те мы стараемся придерживаться принципа «Для нас важен каждый!».

– Было немало сложностей по пути движения вперед, но система ОМС Пензенской области доказала свою состоятельность. Как удалось сохранить финансовую стабильность системы здравоохранения в максимально сложный для системы здравоохранения период пандемии коронавируса?

– ТФОМС Пензенской области оперативно перестроился под потребности граждан: менялась тарифная политика, оперативно перераспределялись денежные средства с одних видов медицинской помощи на другие с учетом складывающейся ситуации. Менялась структура оказания медицинской помощи

по профилям, так например, за 2021 год состоялось 300,4 тыс. случаев госпитализации в круглосуточный и дневной стационары с увеличением к аналогичному периоду 2020 года. Увеличились соответственно случаи оказания медицинской помощи с заболеваниями органов дыхания по всем условиям оказания медицинской помощи. Также была развернута массовая лабораторная диагностика на коронавирус. За счет средств Территориальной программы ОМС в 2021 году проведено 402,2 тыс. тестов, в 2022 году – 381,9 тыс. тестов. В 2022 году по полису ОМС проведено 1 182 случая медицинской реабилитации на сумму 23,6 млн руб., что в 3,5 раза больше, чем в 2021 году. Несмотря на трудности, ежегодно объем финансирования территориальной программы ОМС увеличивался, и в 2022 году составил 17,9 млрд рублей.

– Какие приоритетные направления Вы можете выделить в деятельности ТФОМС Пензенской области?

– Одно из важнейших направлений – обеспечение и защита прав застрахованных граждан. С этой целью в 2016 году был организован Единый Контакт-центр в сфере ОМС Пензенской области, который позволил создать единую систему учета обращений застрахованных граждан в режиме онлайн.

Организованы разные подходы по взаимодействию с гражданами: застрахованные имеют возможность получать консультацию или практическую помощь в пунктах защиты прав пациентов, организованных в медицинских организациях региона, на личном приеме, а также отправив письменное обращение. Количество обращений, поступивших от застрахованных граждан, каждый год растет, что говорит о доверии населения к Единому Контакт-центру. В 2022 году на «горячую линию» Единого Контакт-центра поступило 24 519 обращений.

Кроме того, в последние годы большая роль в деятельности ТФОМС Пензенской области отведена выстраиванию системы информирования населения о правах застрахованных граждан: регулярно на телевидении и радио размещается актуальная для населения информация. Повышение правовой грамотности жителей Пензенской области реализуется также благодаря встречам с коллективами застрахованных и массовым акциям, а также информированию по средствам размещения актуальной информации в СМИ, на официальном сайте ТФОМС, в социальных сетях «Вконтакте», «Одноклассники», «Телеграм», издательской платформе «Яндекс.Дзен».

– На ТФОМС возложено много обязанностей: определение тарифной политики, распределение денежных средств, защита прав застрахованных, контроль за деятельностью страховых компаний. Как получается эффективно справляться с таким огромным объемом информации?

– Значительных успехов в решении задач по автоматизации функций, необходимых для исполнения полномочий, возложенных на Фонд, удалось добиться благодаря службе информатизации Фонда. Практически все программные продукты, используемые в решении задач, созданы собственными силами работников. Данное обстоятельство позволяет оперативно внедрять новые формы и методы реализации нововведений законодательства в сфере ОМС.

В 2016 году был создан информационный ресурс. С его помощью реализованы законодательные требования по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи в режиме онлайн. В настоящее время информационный ресурс ТФОМС Пензенской области в режиме онлайн выполняет широкий спектр задач, обеспечивая информационное взаимодействие между территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями, в том числе по экспертной деятельности.

– Вы большую часть жизни посвятили ТФОМС Пензенской области. Что для Вас значит ТФОМС?

– Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области – это команда воодушевленных и влюбленных в свое дело людей, руководствующихся принципами соблюдения законности для обеспечения устойчивости системы, правильного восприятия населением идеологических аспектов обязательного медицинского страхования.

– Какие качества необходимы человеку, возглавляющему крупную организацию?

– Руководитель, прежде всего, должен обладать организаторскими способностями: грамотно распределять полномочия между своими подчиненными, уметь четко поставить цели в работе, определить способы их достижения. Кроме того, нужно быть компетентным во многих вопросах, владеть углубленными знаниями отрасли и быть образцом для подражания у своих подчиненных.

– Вы постоянно обучаетесь – это необходимость или Ваше желание?

– И то и другое. Обучение на протяжении всей жизни расширяет знания. XXI век – это век информации, сейчас становится наиболее важным иметь хорошо структурированные знания, чувство перспективы, а главное – уметь использовать разнообразный опыт обучения для генерации новых идей. Кроме того, мне нравится общаться с людьми, потому что в каждом человеке вижу своего потенциального учителя.

Одно из последних важных обучений в 2022 году – «Современные технологии управления в социальной сфере» по президентской программе подготовки управленческих кадров.

Первичная организация профсоюза ТФОМС Пензенской области существует в ТФОМС с 1994 года. За эти годы профсоюз ТФОМС Пензенской области не раз был награжден почетными грамотами за лучшую информационную работу, за лучший коллективный договор, лучшую агитационную листовку и видеоролик. При поддержке первичной организации профсоюза ТФОМС Пензенской области в Фонде проходит множество общественных мероприятий. Только за минувший 2022 год коллектив ТФОМС принял участие и занял почетное 3-е место во Всероссийском онлайн-флешмобе «Цвета российского флага», среди детей сотрудников Фонда проведен патриотический конкурс детского рисунка на тему «Люблю тебя моя Россия», работниками фонда организован гуманитарный сбор для наших военнослужащих, участвующих в СВО.

– По итогам 2017 года ТФОМС Пензенской области занял первое место в рейтинге по качеству финансового менеджмента среди субъектов Российской Федерации, в 2018, 2019 и 2021 годах ТФОМС повторил успех. Как удается достигать таких высот из года в год?

– Успешное выполнение возложенных на Территориальный фонд ОМС Пензенской области задач, а также реализация множества приоритетных национальных проектов, стало возможно благодаря слаженной работе трудового коллектива Фонда. Успех любых преобразований определяют люди, способные вкладывать

силы, опыт и знания для общего дела. Безусловно, основной ценностью являются специалисты Фонда, которые за эти годы стали большой дружной семьей. Многие стояли у истоков становления обязательного медицинского страхования области, имеют колоссальный опыт и глубокие профессиональные знания. В последние годы коллектив пополняется новыми перспективными молодыми кадрами, обладающими энтузиазмом, энергией, целеустремленностью. Я горжусь тем, что работаю в команде единомышленников, в коллективе, который способен решать задачи любой сложности!



Под руководством Елены Аксеновой ТФОМС Пензенской области занял почетное 3-е место во Всероссийском онлайн-флешмобе «Цвета российского флага»

– Что мотивирует Вас в жизни?

– Дети – это наше продолжение и смысл жизни. Моя дочь – это самый главный источник вдохновения и моя гордость. Она успешно получила диплом бакалавра и магистра филологического факультета Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

– О каких значимых событиях в жизни Вашего трудового коллектива, достижениях профсоюзной организации Вы можете рассказать?

ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось в XVIII – начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи – предшественников больничных касс. Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

На первом этапе происходили зарождение социально значимой идеи о необходимости введения обязательного страхования и начало ее практической реализации: создание фабрично-заводской, земской и городской медицины, первые попытки обеспечить граждан России медпомощью за счет государства и работодателя, а также разработка первых законопроектов о медицинском страховании.

Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 году в г. Санкт-Петербурге.

Однако началом первого этапа развития медицинского страхования в России является 1861 году, когда был принят первый законодательный акт, введший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные (больничные) кассы, в задачи которых входили: выдача пособий по временной нетрудоспособности; выплата пенсий участникам товарищества и их семьям; прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2–3% заработной платы).

Первая больничная касса на территории России была организована в г. Риге в 1859 году при фабрике «П.Х.Розенкранц и К».

С этого времени начинается распространение по всей России больничных касс как добровольного общественного движения.



Первые законы об обеспечении горных и горнозаводских рабочих были изданы в 1861 году для Урала.



с бесплатным лечением. Фабрично-заводская медицина полностью зависела от владельца предприятия.

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 году закон «О вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предпріятіяхъ фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности».

По данному закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждение потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.



Горнозаводские товарищества были организованы по образцу так называемых братских касс в Германии и Австрии. Во второй половине XIX века были созданы сберегательно-вспомогательные и пенсионные кассы железнодорожников.

Во второй половине XIX века, наряду с городской и земской медициной, существовала фабрично-заводская медицина, возникшая в связи с ростом рабочего движения.

В 1866 году в связи с эпидемией холеры появилось «Высочайшее повеление», которое обязывало хозяев фабрик и заводов отводить и оборудовать помещения для оказания медицинской помощи или строить больницы (из расчета 1 койка на 100 работающих)

Закон определял выплаты пособий только при несчастных случаях и не затрагивал другие виды временной и стойкой утраты трудоспособности. Поэтому весь последующий период до июня 1912 года вопрос о государственном страховании рабочих за счет взносов предпринимателей находился в центре внимания.



УДК 614.2

ОПЫТ ПЕРЕХОДА В СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НОВОЙ ТЕРРИТОРИИ, ВОШЕДШЕЙ В СОСТАВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЯ (2014–2022 гг.)

Т.Ю. Гроздова



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя

Реферат

В статье показан опыт перехода в систему обязательного медицинского страхования вошедших в состав Российской Федерации территорий на примере города федерального значения Севастополя (2014–2022 гг.). Проведен анализ переходного периода, в течение которого новый субъект Российской Федерации интегрировался в экономическую, финансовую, правовую системы и в систему органов государственной власти РФ для полноценного функционирования в системе Российской Федерации. Согласно федеральным законам о вступлении в состав РФ новых республик и областей, оказание медпомощи жителям присоединенных регионов должно осуществляться на уровне «не ниже предусмотренного программой государственных гарантий». Медицинская помощь населению должна предоставляться бесплатно по полису обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, переходный период, интеграция, опыт перехода в систему ОМС, ТФОМС города Севастополя.

Для корреспонденции

Гроздова Татьяна Юрьевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя, д.м.н.

Адрес: 299053, Севастополь, Фиолентовское шоссе, д. 1/2

Тел.: +7 (8692) 24-20-61, 24-10-65,
+7 (8692) 24-31-82

Факс: +7 (8692) 24-20-61, 24-10-65,
+7 (8692) 24-31-82 (доб. 270)

E-mail: general@sevtfoms.ru

Прошло девять лет со дня принятия в Российскую Федерацию Республики Крым и образования в составе РФ новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя. В 2022 году в состав Российской Федерации вошли Донецкая и Луганская народные республики, Запорожская и Херсонская области. Перед нами встала задача включения новых четырех территорий Российской Федерации в систему ОМС. Начинать с нуля, полностью изменить систему финансового обеспечения там, где практически отсутствовало государственное здравоохранение, – задача не из легких, но, как говорится, «*viam supervadet vadens*» – дорогу осилит идущий. И так же, как и в 2014 году, все территориальные фонды ОМС во главе с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования включаются в эту очень важную для страны работу.

Теперь уже, по опыту Севастополя, мы знаем, что становление системы ОМС на вновь присоединившихся к Российской Федерации территориях будет связано с основными характеристиками особого переходного периода, который станет основой для быстрой адаптации всех сфер общественной жизни – политической, социальной, экономической – для функционирования в системе Российской Федерации.

Рассмотрим основные вехи формирования системы ОМС города федерального значения Севастополя как пример такого перехода.

Опыт первопроходцев

Реализация в 2014 году перехода от системы здравоохранения Украины в систему государственного здравоохранения Российской Федерации, основанного на формировании системы обязательного медицинского страхования, осуществлялась в соответствии с Федеральным конституционным законом от 21.03.2014 № 6-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя».

Переходный период, в течение которого была проведена интеграция новых субъектов Российской Федерации в экономическую, финансовую, кредитную и правовую системы Российской Федерации, в систему органов государственной власти Российской Федерации, действовал до 1 января 2015 года.

Наиболее важным в становлении системы ОМС стало обеспечение гарантий в сфере социальной за-

щиты и охраны здоровья, предусмотренное действующим на переходный период федеральным законодательством, которое включало гарантии оказания медицинской помощи, осуществляемой на уровне не ниже предусмотренного программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Именно поэтому первым и наиболее важным событием, определяющим развитие всей системы вновь присоединившейся территории, стала разработка первой Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Задачей Территориального фонда обязательно медицинского страхования города Севастополя стала разработка Территориальной программы ОМС как составной части общей Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В связи с отсутствием до 2015 года в городе Севастополе системы обязательного медицинского страхования и персонифицированного учета пациентов, обратившихся за медицинской помощью, при расчете размера субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда ОМС бюджету Территориального фонда ОМС города Севастополя на финансовое обеспечение расходных обязательств, использовались данные органа государственной статистики Республики Крым и города Севастополя о численности постоянного, в том числе занятого, населения по состоянию на 1 апреля 2014 года.

Предложение, поступившее от руководства вновь присоединившихся в 2014 году территорий продлить на 2016 год для Республики Крым и города Севастополя действие положений частей 7.1 и 8.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом того, что в Республике Крым и городе Севастополе работа по организации персонифицированного учета застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан и, соответственно, формированию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в 2015 году не была завершена, проектом Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», разработанным совместно с проектом Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год и плановый период

2017 и 2018 годов», Правительством РФ было предусмотрено, что размер субвенции указанным субъектам Российской Федерации был рассчитан исходя из численности постоянного населения на 1 января 2015 года, размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование – исходя из численности неработающих граждан, определенной как разница между постоянной численностью по состоянию на 1 января 2015 года и численностью занятого населения по состоянию на 1 апреля 2015 года.

Федеральным законом от 14.12.2015 № 374-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» были внесены изменения в части 7.1 и 8.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Сложно только в начале пути

Готовность системы ОМС города федерального значения Севастополя к функционированию через 9 месяцев после даты присоединения территории к РФ являлась основной задачей, поставленной Правительством РФ.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования с июля 2014 года для работы по организации ОМС была создана система привлечения прикомандированных специалистов территориальных фондов ОМС из других субъектов Федерации. Так, помощь в организации становления системе обязательного медицинского страхования города Севастополя осуществляли сотрудники пятнадцати территориальных фондов ОМС следующих субъектов Федерации: Ивановской, Курской, Рязанской, Тульской, Московской, Астраханской, Ростовской, Самарской, Саратовской, Ульяновской, Свердловской областей, Республики Бурятия, Краснодарского, Красноярского и Пермского краев.

Со стороны, как всегда, кажется, что все достаточно просто и легко, но, передавая опыт пройденного пути, необходимо обратить внимание на то, что с июля по декабрь 2014 года с участием представителей ФОМС, ТФОМС города Севастополя и прикомандированных специалистов из других территориальных фондов ОМС было проведено 35 информационных рабочих семинаров с привлечением руководителей медицинских организаций, сотрудников, главных внештатных специалистов Главного управления здравоохранения города Севастополя. В медицинских организациях города были назначе-

ны ответственные по организации системы обязательного медицинского страхования лица, с которыми еженедельно в ТФОМС проводились обучающие семинары по различным аспектам системы ОМС, в том числе по следующим темам:

- Система ОМС, общие принципы построения, основные направления реализации ОМС в переходном периоде, система учета медицинских услуг в ОМС, финансовое обеспечение ОМС, система учета и отчетности в ОМС, персонифицированный учет застрахованных лиц, порядки представления финансовой отчетности.
- Законодательные акты в системе ОМС, информационное обеспечение в системе ОМС.
- Порядок рассмотрения обращений граждан в ТФОМС, анализ обращений, поступивших в ТФОМС города Севастополя, диспансеризация взрослого и детского населения.
- Защита персональных данных, порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи.

Непосредственное участие в проведении информационных, обучающих работ в системе ОМС приняли ведущие специалисты Российской Федерации.

Законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании был утвержден период подготовки к началу работы системы ОМС на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя с 1 января 2015 года. Рассмотрим основные мероприятия, проведенные на территории города Севастополя, которые позволили смело вступить в новую для территории систему здравоохранения, основанную на принципах обязательного страхования населения.

В переходном периоде наиболее важно сконцентрироваться на следующих направлениях:

- Создание Территориального фонда ОМС города Севастополя, назначение директора.
- Организация работы страховых медицинских организаций: Севастопольского филиала ООО «Страховая медицинская компания «Крым-медстрах» и Севастопольского филиала «Крымской страховой медицинской компании», ООО «Арсенал медицинское страхование», – которые за собственные средства провели работу по страхованию 333 664 человек, что составило 84% от общей численности населения на 01 января 2015 года.

- Включение медицинских организаций в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования города Севастополя в 2015 году в количестве 21 организации, в том числе 17 государственных и 4 негосударственных медицинских организаций.
- Организация мероприятий по формированию единой информационной программы, которая в 2015 году обеспечила ежемесячную сдачу реестров счетов и счетов в системе ОМС по оказанию медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий ОМС и по межтерриториальным расчетам.
- Подготовка на безвозмездной основе Саратовским государственным университетом им. Н.Г. Чернышевского 47 врачей-экспертов для проведения экспертного контроля оказания медицинской помощи в системе ОМС с 1 января 2015 года.
- Организация работы ТФОМС города Севастополя Федеральным фондом ОМС, привлечение ведущих специалистов из 18 территориальных фондов ОМС обеспечили подготовку сотрудников, оформление учетно-отчетной документации, разработку основных регламентирующих документов. Функционирование всех отделений ТФОМС города Севастополя стало возможным при полном контроле становления нового ТФОМС председателем Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко. Назначение основными кураторами территории заместителей председателя ФОМС (Кувалдина Александра Игоревича, Нечепоренко Юрия Алексеевича, Кравчук Светланы Георгиевны) обеспечило в полном объеме методическую основу организации работы ТФОМС на основе законодательства РФ в системе ОМС.

Команда решает всё

Слаженность работы ТФОМС, в том числе только что сформированного, зависит от подбора команды. Формирование команды вновь создаваемого территориального фонда началось с июля 2014 года. Первыми сотрудниками, помимо директора фонда, стали специалисты, которые, направив свои резюме в ФОМС, решили оказать помощь в становлении системы ОМС города федерального значения Севастополя: 6 сотрудников ТФОМС Саратовской области, 2 сотрудника Красноярского фонда ОМС, по одному

сотруднику от ТФОМС Ростовской, Свердловской и Кемеровской областей перешли в штат вновь создаваемого фонда.

Сформировав штатное расписание, вновь прибывшие сотрудники, которые стали или заместителями, или начальниками управлений фонда, с августа 2014 года стали проводить собеседования и подбирать специалистов – руководителей отделов на ключевые должности ТФОМС города Севастополя. Были приняты специалисты с опытом работы в территориальных фондах и учреждениях здравоохранения, проведены собеседования и отбор специалистов среди местных специалистов с высшим экономическим, медицинским, юридическим и информационным образованием. Таким образом все отделы фонда возглавили коренные севастопольцы, имеющие профильное образование. Далее руководители отделов подготовили специалистов для работы сначала в режиме волонтеров. Не все стали сразу штатными сотрудниками, волонтерами работали за весь период становления штатного расписания 18 специалистов.

В 2015 году в составе фонда уже числились 50 специалистов. И сформированный самими сотрудниками коллектив, достаточно сплоченный, был готов к решению самых сложных задач. Большую роль в этом сплочении сыграло то, что 80% сотрудников являлись жителями Севастополя, и именно они на референдуме голосовали за присоединение города к Российской Федерации. Работу начинали заново, проводилось обучение каждого сотрудника по рекомендациям ФОМС и в соответствии с программой обучения, утвержденной ФОМС.

За 8 лет слаженной и профессиональной работы были награждены грамотами Федерального фонда ОМС 16 сотрудников ТФОМС города Севастополя, дважды получили эту награду 11 человек, грамотами Департамента здравоохранения города Севастополя были отмечены 13 человек, почетными грамотами Законодательного собрания города Севастополя – 2 сотрудника, почетными грамотами Правительства города Севастополя – 5 сотрудников.

Гарантии качества

Подготовка медицинских организаций к оказанию доступной и качественной медицинской помощи стала главной задачей исполнительной власти города и была активно поддержана ТФОМС города Севастополя. В то же время именно проблемы доступности, качества, эффективности оказания медицинской помощи стали наиболее сложными для решения

в части обеспечения прав застрахованных в системе ОМС лиц.

В связи с отсутствием у медицинских организаций, расположенных на территории Республики Крым и города федерального значения Севастополя, лицензий на осуществление медицинской деятельности, особенностями переходного периода, было принято постановление Правительства Российской Федерации от 09.03.2015 № 207 «О применении на территориях Республики Крым и города Севастополя законодательства Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности и законодательства Российской Федерации о защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля», дающее право указанным медицинским организациям на осуществление медицинской деятельности без получения лицензии на основании Уведомления об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», выданного территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, с 01 июня 2015 года.

С учетом сложностей в реорганизации медицинских организаций соответственно требованиям законодательства Российской Федерации, работа по Уведомлению сохраняется до настоящего времени. Восстановление медицинских учреждений города, в которых со времени СССР не проводилось капитальных ремонтов, были полностью устаревшее оборудование, неукomплектованный штат больниц и практическое отсутствие лабораторной и диагностической базы, потребовало большого количества времени для перехода на требования лицензирования, принятые в РФ.

Дефицит площадей, устаревшие материально-техническая база, набор отделений и врачебных специальностей в поликлиниках, коечный фонд не давали возможности реализации Территориальной программы ОМС в регионе. Например, полностью отсутствовал такой вид медицинской помощи, как стационаро-замещающая помощь. И в 2015 году все приводилось в соответствие к стандартам и порядкам – система здравоохранения полностью видоизменялась.

В системе здравоохранения города имело место недоукомплектование медучреждений медицинскими работниками, отсутствие опыта работы в системе ОМС:

2014 год	Врачи – 1 422, средний медицинский персонал – 3 244, младший медицинский персонал – 1 697 человек
2015 год	Врачи – 1 442, средний медицинский персонал – 3 230, младший медицинский персонал – 1 604 человек
2022 год (9 мес.)	Врачи – 1 696 (плюс 14 врачей-лаборантов), средний медицинский персонал – 3 021 (плюс 262 мед. регистраторов), младший медицинский персонал – 1 297 человек

Совместными усилиями за год система здравоохранения региона прошла путь фактических этапов формирования системы здравоохранения Российской Федерации.

Полностью изменилась организационная структура органов исполнительной власти в сфере здравоохранения города Севастополя, а также структура оказания медицинской помощи, была проведена реорганизация медицинских организаций, которая коснулась не только штатной численности, но и изменения потоков пациентов в зависимости от уровня медицинской организации и наличия возможности оказания специализированной медицинской помощи.

В связи с этими особенностями организации системы здравоохранения бывшей территории Украины, на специалистов, которые приехали из других регионов, были возложены сложные задачи по подготовке кадров для работы в новой системе здравоохранения РФ:

- организация методической помощи, начиная от руководства до конкретного врача на местах, – проведение еженедельных обучающих семинаров по нормативной базе в сфере здравоохранения и сфере обязательного медицинского страхования, формированию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь;
- организация работы с обращениями граждан, в системе экспертного контроля;
- организация работы по страхованию по ОМС жителей Севастополя;
- распространение печатной продукции буклетов, брошюр по информированию населения о системе обязательного медицинского страхования;
- организация обучения врачей по программе дополнительного образования по вопросам

экспертной деятельности в сфере ОМС с формированием территориального регистра экспертов качества медицинской помощи по городу Севастополю.

Начав работу с чистого листа, не имея оборудования, компьютеров, системы связи и т.д., сотрудники фонда, ответственные за информационные технологии: Дмитрий Николаевич Тутаев, Олег Петрович Куценко, – постепенно внедряли программные комплексы для работы в системе ОМС.

Для работы медицинских организаций в системе ОМС, ТФОМС города Севастополя создал и развернул защищенную сеть VipNet между ТФОМС и МО,

обеспечил МО минимально необходимым компьютерным оборудованием для работы в системе ОМС, установил программный комплекс с техническим сопровождением, переданным в безвозмездное пользование ЗАО «ВИТАКОР», для МО – «РМИС Витакор». В реализации данного направления непосредственное участие принял ГУЗ «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр», сотрудники которого обеспечивали курацию ТФОМС города Севастополя по вопросам работы в информационном пространстве ОМС в течение 2014 года и первой половины 2015 года. На территории ТФОМС были созданы учебные классы для обучения специалистов МО работе в программном комплексе.

Прикладные программы информационной системы ТФОМС

Медэксперт ТФОМС – персонифицированный учет (введен с 1 января 2015 года) – безвозмездно переданный ЗАО «Витакор» в 2014 году

ИСЗЛ – информационное сопровождение застрахованных лиц

СРЗ «Атлантико» – сводный регистр застрахованных лиц

С апреля 2014 года сводный регистр застрахованных лиц вел ТФОМС Краснодарского края (с 1 сентября 2014 года происходило ежедневное копирование проведенных операций в ТФОМС города Севастополя), в 2015 году система была настроена для работы в ТФОМС города Севастополя. Безвозмездно передан ФОМС в 2014 году

В декабре 2014 на серверах ТФОМС создана единая сеть обмена информацией по защищенным каналам связи. На установленных серверах ТФОМС совместно с медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями произведены тестовое формирование и сдача реестров счетов за ноябрь и декабрь 2014 года

Все эти особенности переходного периода, состояние медицинских организаций, профессиональная подготовка врачей наложили определенные ограничения на исполнение Территориальной программы ОМС в 2015 году. Так, в 2015 году процент выполнения нормативов по оказанию скорой медицинской помощи вне медицинской организации составил 67,1%, амбулаторно-поликлинической помощи – 45,0%, стационарозамещающей помощи – 30,4%, при превышении объемов оказания круглосуточной медицинской помощи более 100%.

Особенности реализации Территориальной программы ОМС за период 2015–2022 годов состояли в том, что медицинские организации, переходя в новую информационную систему регистрации всех случаев оказания медицинской помощи, не имели опыта

работы в крупных информационных системах, также отсутствовала культура ведения первичной медицинской документации, фиксации результатов проведенных исследований и лечения.

Первые телемедицинские консультации появились в медицинских учреждениях в 2015 году. Такие медицинские организации, как ГБУЗ Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница», МНИОИ им. П.А. Герцена, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», практически сразу же стали курировать севастопольские медицинские организации.

Необходимо обратить внимание при формировании системы ОМС во вновь присоединившихся территориях на отсутствие ряда видов оказания медицинской помощи. Так, до перехода в систему российского здравоохранения в медицинских ор-

ганизациях города Севастополя отсутствовала система оказания неотложной медицинской помощи, не работали кабинеты НМП. Становление такого вида неотложной медицинской помощи, как ее оказание непосредственно в медицинских организациях, носило стихийный характер, без обеспечения лекарственными препаратами. За счет совместной работы Департамента здравоохранения города Севастополя и ТФОМС, объемы такой помощи увеличились с 10% выполнения норматива в 2015 году до 83% к 2018

году. Низкие темпы организации неотложной медицинской помощи связаны, кроме того, с отсутствием специалистов и непосредственно самих кабинетов по оказанию медицинской помощи.

В 2016 году в связи с развитием системы здравоохранения и участием в пилотном проекте «Бережливая поликлиника» данные формы организации медицинской помощи значительно расширились и стали доступными для застрахованных в системе ОМС лиц (табл. 1).

Таблица 1

Выполнение Территориальной программы ОМС в условиях дневного стационара за период 2015–2021 годов и за 9 месяцев 2022 года

Отчетный период	Стационарозамещающая помощь (дневной стационар)		
	случаи лечения		% выполнения
	норматив на 1 застрахованное лицо за отчетный период	факт на 1 застрахованное лицо за отчетный период	
2015 г.	0,531	0,161	30%
2016 г.	0,060	0,049	82%
2017 г.	0,060	0,059	99%
2018 г.	0,060	0,063	104%
2019 г.	0,062	0,062	100%
2020 г.	0,063	0,04407	70%
2021 г.	0,06107	0,04841	79%

Проект «Бережливая поликлиника», начатый в Севастополе в 2016 году, стал тем прорывным фактором, который дал развитие всей амбулаторной медицинской помощи. Важность его проведения для Севастополя как вновь присоединившейся территории нельзя переоценить. Принципы бережливого производства изначально должны быть заложены в систему формирования здравоохранения новых территорий.

Оказание медицинской помощи населению в дневном стационаре для жителей города стало нововведением. Такой вид медицинской помощи, как лечение пациентов в условиях дневного стационара, отсутствовал. В 2015 году процент выполнения годового плана достиг показателя 30%. Постепенное повышение показателя: с 30% выполнения в одной медорганизации до 100% в 2019 году – таков итог внедрения нового вида оказания медицинской помощи.

В настоящее время в Севастополе данный вид помощи оказывается на 642 койках, в том числе введена система оказания медицинской помощи в условиях стационара на дому.

Выполнение нормативов Территориальной программы ОМС в условиях круглосуточного стационара не стало большой проблемой в медицинских организациях города Севастополя. Практическое выполнение в эти годы составляло 100% и более.

Проблемой при оказании круглосуточной медицинской помощи оставались недоукомплектованность медицинским оборудованием медорганизаций, начавшиеся и незаконченные капитальные ремонты зданий. А главный фактор выполнения объемов КМП – это высокий уровень госпитализации по неотложным причинам. Эта проблема существовала в 2015 году и остается наиболее важной в 2022-м. Переход на максимальное оказание медицинской

помощи в плановом объеме затянулся, что, конечно же, сказалось на необходимости финансового обеспечения круглосуточных бригад, лекарственном обеспечении и т.д. Отсутствие системы государственной медицинской помощи, проведения профилактических мероприятий в полном объеме, эффективного диспансерного наблюдения за хроническими больными стали теми проблемами, которые испытывает здравоохранение города Севастополя и до настоящего времени.

2015 год стал годом формирования новой системы оказания ОМС медицинской помощи вне медицинской организации (скорая медицинская помощь). Отсутствие машин скорой помощи, требований к организации оснащения и к работе медперсонала также стало проблемой при необходимости обеспечить 20-минутный доезд до пациента. Важным моментом стало 100% предоставление финансирования по подушевому признаку. Выполнение нормативов программы госгарантий увеличилось с 77% в 2015 году до 94% в 2022 году.

Первый бюджет – первые успехи

Первый бюджет ТФОМС города Севастополя был утвержден в 2014 году, для всей команды фонда это событие стало особенным днем: 14 августа 2014 года Правительство Севастополя и Законодательное собрание первого созыва через три с половиной месяца со дня перехода Севастополя в состав Российской Федерации определило объемы и источники финансирования вновь создаваемой системы обязательного медицинского страхования. Закон города Севастополя от 14.08.2014 № 59-ЗС «О бюджетном процессе в городе Севастополе» стал основой развития системы обязательного медицинского страхования города Севастополя.

В соответствии со статьей 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в 2016 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС, предоставляемых бюджету Территориального фонда ОМС города федерального значения Севастополя, определялся согласно установленному Правительством Российской Федерации порядку и условиям распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения на 1 января 2015 года в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.

Формирование бюджета на 2015 год осуществлялось в условиях отсутствия фактических и статистических данных, на основании которых возможно планирование доходов и расходов на финансовое обеспечение системы ОМС города федерального значения Севастополя, именно поэтому было принято решение о формировании доходной части бюджета только за счет субвенции ФОМС, которое проводилось на основании численности постоянного населения города Севастополя по состоянию на 1 апреля 2014 года в размере 384 035 человек (на основании данных Федеральной службы Государственной статистики от 31.07.2014 № МД-08-4/1884-МВ) и подушевого норматива в размере, утвержденном Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования», в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

При этом расходы средств ОМС по направлению «Здравоохранение» были предусмотрены исключительно на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями города Севастополя лицам, застрахованным в городе Севастополе. Учитывая, что страховые медицинские организации провели большую подготовительную работу и активно осуществляли информирование населения о системе ОМС, правах и обязанностях застрахованных лиц, единогласно Правительством Севастополя и Депутатским корпусом было поддержано предложение ТФОМС города Севастополя о выделении 1,5% на ведение дела СМО.

В части расходов по направлению «Здравоохранение» появились расходы по межтерриториальным расчетам (для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования).

С 2016 года Закон о бюджете ТФОМС стал формироваться как за счет субвенции, так и за счет прочих межбюджетных трансфертов (возмещение расходов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным

лицам других субъектов РФ в медицинских организациях города Севастополя) и налоговых и неналоговых поступлений (от применения санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, средства по результатам проведенных проверок Контрольно-ревизионным управлением ТФОМС, иные штрафы).

Особенностью формирования бюджетов ТФОМС города Севастополя в 2015, 2016 и 2017 годах являлось, то, что расчет проводился только на очередной год, без планового периода. По мере интеграции системы ОМС города федерального значения Севастополя в общую систему Российской Федерации появилась возможность планирования на основании



фактических данных. С 2018 года бюджет ТФОМС города Севастополя формируется на очередной год и плановый период (2 года).

Исполнение бюджета фонда по доходам за период 2015–2021 годов составило: 2015 год – 100,7%, 2016 год – 100,9%, 2017 год – 99,5%, 2018 год – 100,4%, 2019 год – 100,2%, 2020 год – 100,1%, 2021 год – 100,0%, прогноз 2022 год – 100,3%.

Только за период с 2016 по 2022 год из средств нормированного страхового запаса ТФОМС в медицинские организации было перечислено 279 664,7 тыс. рублей для закупки и ремонта медицинского оборудования, обучения медперсонала. За этот период закуплено 1 183 единицы оборудования на сумму более

200 млн рублей, отремонтировано 29 единиц оборудования (67,9 млн рублей), обучение прошли более 441 500 врачей и медицинских сестер.

Перечень медицинского оборудования: оборудование для функциональной диагностики, эндоскопическое, электрохирургическое, стоматологическое, физиотерапевтическое, наркозно-дыхательное, аппараты УЗИ.

Перечень профилей, по которым проведено обучение: акушерство и гинекология, офтальмология, терапия, хирургия, анестезиология и реаниматология, ультразвуковая диагностика, онкология, рентгенология, сестринское дело, инфекционные болезни, эндоскопия, педиатрия.

Существенно увеличились объемы нормированного страхового запаса, который обеспечивает межтерриториальные расчеты, особенно связанные с направлением жителей Севастополя в другие субъекты Российской Федерации для оказания специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи (в 3,5 раза с 2016 по 2020 год). При этом только за 2022 год объем финансирования межтерриториальных расчетов составит около 470 млн рублей. Такое увеличение связано не с тем, что в медицинских организациях Севастополя не оказывают медицинскую помощь, а со значительным повышением профессионального уровня врачей и возможностью решения вопро-

са с применением самых современных методов лечения в ведущих клиниках Москвы, Санкт Петербурга, Ростова-на-Дону, Краснодар. Гражданам Севастополя стала доступна медицинская помощь в любом регионе страны при наличии полиса ОМС. Данное право также стало достоянием системы ОМС, которая начала функционировать с 2015 года (*гистограмма 1*).

С 2015 года ТФОМС финансирует оказание медицинской помощи гражданам Севастополя в других субъектах Федерации. Так, только за 2015 год впервые была бесплатно оказана специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь 950 пациентам – гражданам Севастополя по различным профилям (*табл. 2*).

Гистограмма 1

**Динамика межбюджетных расчетов
из средств нормированного страхового запаса ТФОМС**

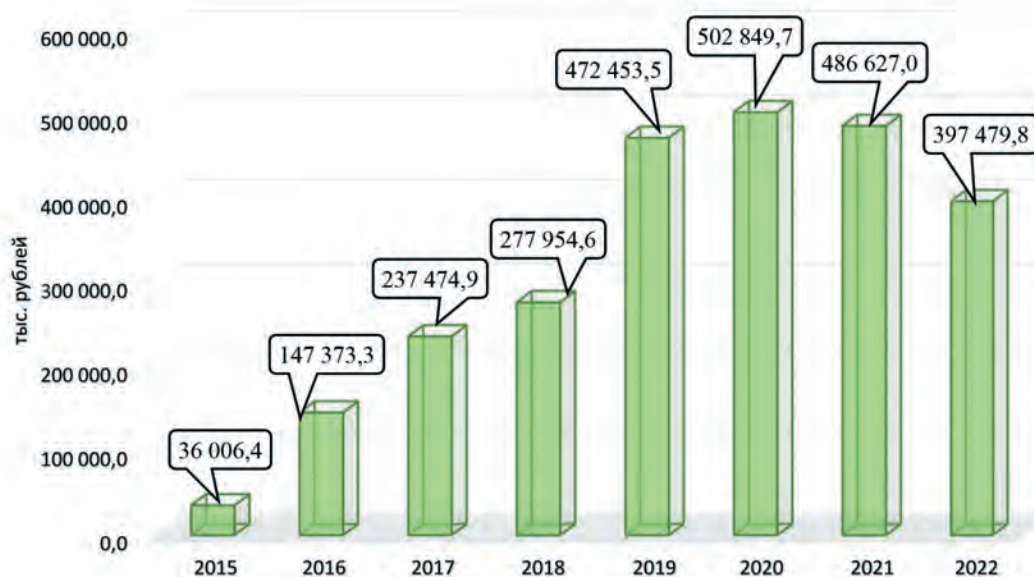


Таблица 2

**Случаи оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи
жителям Севастополя в других субъектах РФ, оплаченные в 2015 году**

Профиль медицинской помощи	Стационар (с ВМП)		ВМП	
	кол-во случаев	руб.	кол-во случаев	руб.
ВСЕГО, в т.ч.:	950	30 517 532	45	4 988 552
онкология	120	5 370 154	11	1 176 200
кардиология	92	2 668 757	1	205 100
хирургия	86	2 328 335	3	323 908
акушерство и гинекология (за искл. ЭКО и искусственного прерывания беременности)	75	1 461 148	0	0
терапия	46	810 387	0	0
офтальмология	46	839 641	6	284 596
урология	42	1 468 869	4	362 699
травматология и ортопедия	42	1 168 740	4	487 518
инфекционные болезни	41	599 658	0	0
анестезиология и реаниматология	37	938 528	0	0

Такая медицинская помощь ранее не была возможна из-за высокой стоимости и недоступности ее оказания. Наши граждане смогли в течение 2015–2022 годов получить высокоспециализированную медицинскую помощь в таких медицинских организациях, как ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», ГБУЗ РК «КРОКД им. В.М. Ефетова», ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», ФГБУ «РНИОИ», ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко», ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (Краснодарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК Микрохирургия глаза»).

ТФОМС города Севастополя в течение этих лет вкладывал в состав нормированного страхового запаса бюджета ТФОМС необходимую сумму финансовых средств и на протяжении всего периода функционирования никогда не имел просроченную задолженность перед другими ТФОМС по оплате своих граждан в медицинских организациях других субъектов Федерации.

При этом медицинские организации Севастополя, работающие в системе ОМС, также с каждым годом увеличивают объемы оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным в других субъектах Федерации.

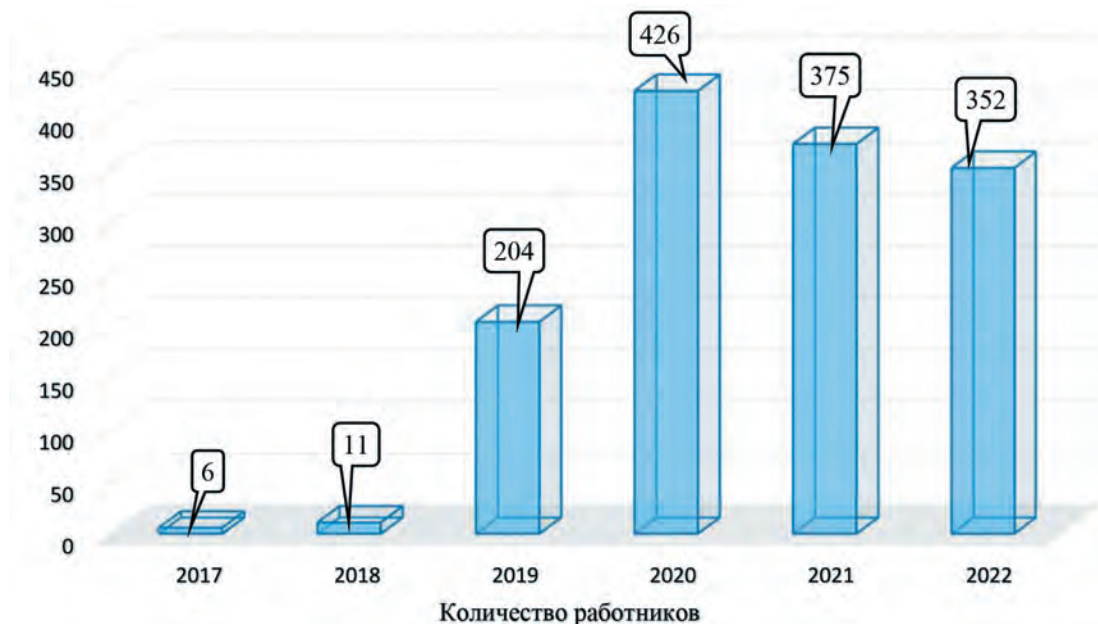
С 2016 года ТФОМС активно присоединился к работе по нормированному страховому запасу по дополнительным направлениям расходов, связанных с финансовым обеспечением мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, и для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала (за счет сформированного на данные цели нормированного страхового запаса ТФОМС).

Только за период с 2016 по 2022 год из средств нормированного страхового запаса ТФОМС города Севастополя в медицинские организации было перечислено 279 664,7 тыс. рублей для закупки и ремонта медицинского оборудования и обучения более 1 500 медицинских работников.

Закуплено оборудование для функциональной диагностики, эндоскопическое, электрохирургическое, стоматологическое, физиотерапевтическое, наркозно-дыхательное оборудование, аппараты УЗИ. В перечень профилей, по которым проведено обучение, вошли акушерство и гинекология, офтальмология, терапия, хирургия, анестезиология

Гистограмма 2

Использование медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса на повышение квалификации медицинских работников в 2017–2022 годах



и реаниматология, ультразвуковая диагностика, онкология, рентгенология, сестринское дело, инфекционные болезни, эндоскопия, педиатрия. Ранее, до перехода Севастополя в состав РФ, обучение специалистов проводилось за собственные средства медработников.

В целях улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи в 2016–2017 годах приоритетным направлением отбора медицинских организаций для включения в план мероприятий являлось оснащение поликлиник города Севастополя всем необходимым для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (*гистограмма 2*).

В 2021 году нормированный страховой запас по направлениям расходов, связанных с финансовым обеспечением мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, увеличился в 4,2 раза (по сравнению с 2021 годом), что позволило приобрести для медицинских организаций города Севастополя 588 единиц медицинского оборудования на общую сумму 85 643,8 тыс. рублей, обучить по программам повышения квалификации 375 медицинских работников на сумму 1 362,9 тыс. рублей, отре-

монтировать 18 единиц медицинского оборудования на общую сумму 37 803,7 тыс. рублей.

С 2019 года средства нормированного страхового запаса ТФОМС используются для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, на заработную плату работников, принятых в штат медицинской организации в текущем году сверх штатной численности по состоянию на 1 января текущего года, и для начислений на выплаты по оплате труда этих работников.

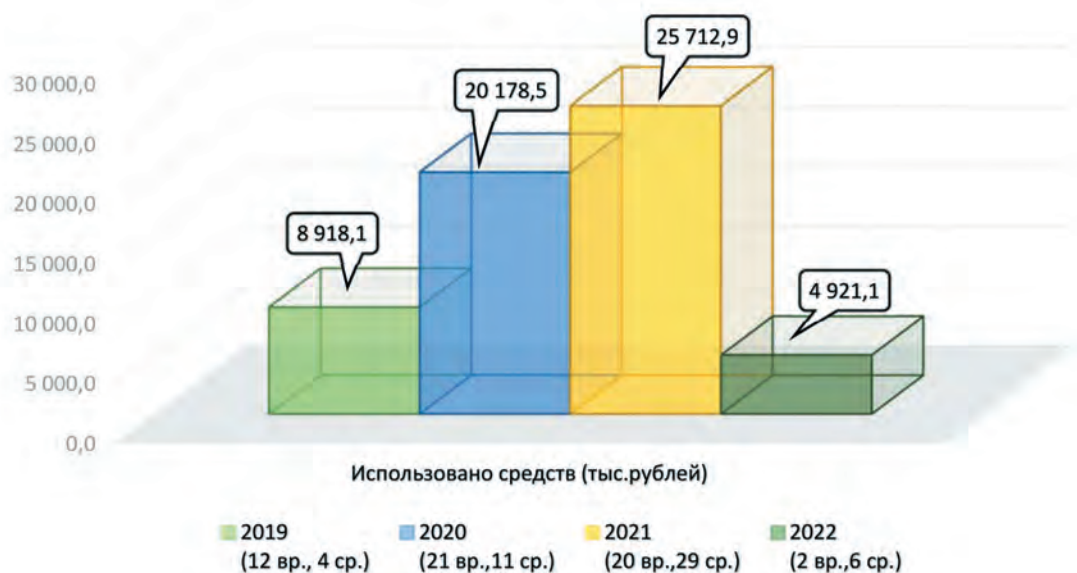
С 2019 по 2021 год средства на софинансирование оплаты труда предоставлялись только медицинским организациям государственной (муниципальной) системы здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по ОМС, с 2021 года – медицинским учреждениям государственной и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой ОМС (*гистограмма 3*).

Доверяй, но проверяй

Формирование системы экспертного контроля также имело свои особенности. Впервые на территории города федерального значения Севастополя была введена экспертиза оказания медицинской помощи.

Гистограмма 3

Информация по софинансированию расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в 2019–2022 годах



Врачи, эксперты, обученные в 2014 году, начали свою работу с 2015 года с первой сдачи реестра счетов. Первый год в системе ОМС основан был на доверии, экспертные мероприятия проводились с условием обучения, рекомендаций, и только потом с применением финансовых санкций. Результаты экспертизы качества медицинской помощи с 2015 по 2022 год имеют тенденцию к снижению: с 57% в 2017 году до 50% к настоящему времени.

С начала функционирования системы ОМС города Севастополя было принято решение о проведении всех мероприятий по снижению уменьшения финансовых санкций при проведении медико-экономического контроля. Первые реестры счетов наши медицинские организации начали сдавать в августе 2014 года по предоставлению случаев оказания медицинской помощи иногородним гражданам. Учеба продолжалась до ноября 2014 года. В декабре была проведена первая сдача реестров счетов в программном комплексе ТФОМС города Севастополя. К этому времени ТФОМС уже смог не только закупить все необходимое оборудование для обеспечения работы фонда, медицинских организаций, но и провести обучение технического персонала медицинских организаций по работе с реестрами счетов. Конечно, первый опыт был с большим количеством ошибок, но именно он помог в дальнейшем определить тактику работы ТФОМС, СМО и медицинских организаций. Были выставлены жесткие требования от ТФОМС к СМО при проведении медико-экономического контроля, отработана система проверок больницами своих реестров до проведения фондом форматно-логического контроля. Сдача реестров счетов с января 2015 года проводилась под полным контролем ТФОМС, именно поэтому переход на проведение МЭК в функции фонда не стал чем-то особенным в системе ОМС города Севастополя. Динамика результатов МЭК указывает на значительное изменение в предоставлении счетов медорганизацией в соответствии с требованиями законодательства в системе ОМС: с 2,85% в 2015 году до 0,45% в 2022 году.

Для снижения финансовых потерь при проведении МЭЭ фондом также проведена достаточно большая работа, начиная с 2014 года. При проведении обучения медицинских работников, ответственных за сдачу реестров счетов и внесение в них информации об оказанной медицинской помощи, была введена система контроля за организационными нарушениями, связанными с установлением соот-

ветствия фактических сроков оказания медпомощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг, записями в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинскими организациями до проведения экспертного контроля со стороны СМО.

ТФОМС разработал рекомендации по снижению риска уменьшения финансирования по результатам МЭК:

- осуществление постоянных консультаций и обсуждение проблемных вопросов при внесении данных в информационную систему и в период сдачи реестров счетов на уровне территориального фонда, медицинской организации, МИАЦ, Департамента здравоохранения (видео-конференц-связь, общий производственный чат, телефония);
- валидация параметров полей реестров счетов при внесении случая в информационную систему;
- форматно-логический контроль приходит на уровне медицинской организации до начала сдачи счетов и реестров-счетов;
- организована предварительная сдача реестров счетов за 3 дня до сдачи основного реестра счетов с осуществлением предварительного медико-экономического контроля.

Динамика результатов медико-экономической экспертизы имеет положительную тенденцию: с 31,4% в 2015 году до 12,1% в 2022 году.

В медицинские организации введена система работы с чек-листами. Использование чек-листов помогло в процессе лечения пациентов с коронавирусной инфекцией значительно снизить нарушения, повысить качество оказания медицинской помощи и снизить финансовые потери и при проведении медико-экономической экспертизы.

С 2015 года проводилось обучение врачей, специалистов и организаторов здравоохранения работе с результатами экспертного контроля. С 2016 года такая форма, как представление претензий к работе СМО от медицинских организаций, стала обычным явлением, и при несогласии или разночтении результатов экспертизы медицинские организации стали обращаться в ТФОМС. Формирование досудебной системы рассмотрения спорных случаев позволило практически не передавать в судебные процессы решение тех проблем, которые могут быть рассмотрены тремя сторонами, участвующих в данном виде кон-

троля. Это значительно усилило позицию ТФОМС города Севастополя в регионе как профессионально

грамотной и справедливой структуры при рассмотрении сложных вопросов (табл. 3).

Таблица 3

Случаи оказания медицинской помощи, направленные медицинскими организациями города Севастополя на претензию в ТФОМС города Севастополя и рассмотренные на Комиссии по рассмотрению результатов повторных экспертиз

Вид экспертизы	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	9 мес. 2022 г.
МЭЭ	3	1	1	4	709	737	637	31
ЭКМП	3	99	23	70	310	173	144	358

Одним из наиболее сложных направлений работы ТФОМС города Севастополя стала организация работы контрольно-ревизионного управления, которое вошло в структуру фонда 1 января 2015 года. Сложности в первую очередь были связаны с тем, что необходимо было собрать коллектив профессиональных сотрудников, умеющих работать в системе финансового контроля, штатная численность сотрудников КРУ составляла 5 штатных единиц.

Задачами КРУ с самого начала стало не выискивание ошибок и нарушений, а работа с медицинскими организациями в части предотвращения рисков нарушений финансово-хозяйственной деятельности. Каждая проверка 2015 года начиналась с проверки правильности формирования структуры и штатного расписания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в Российской Федерации, оформления трудовых договоров, сроков выплаты заработной платы, формирования потребности медицинской организации в материальных запасах, организации работы дневных стационаров и регистратур поликлиник, организации лекарственного обеспечения и лечебного питания, при проверках СМО – организации информационного сопровождения застрахованных лиц. Всего в 2015 году было проведено 87 тематических проверок.

Нарушения, выявляемые в ходе проверок, разбирались сразу специалистами КРУ и ответственными медицинскими работниками. Основные нарушения рассматривались на совещаниях, проводимых в ТФОМС. Особенности первых проверок медицинских организаций заключались в том, что до 2014 года на территории не было страховой медицины и медицинские организации считали средства, полученные

за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, собственными средствами, которые они могут использовать по своему собственному усмотрению, без учета структуры тарифа. При этом, в соответствии с рекомендациями ФОМС, в 2015 году в медицинских организациях в качестве нарушения не рассматривалось нецелевое использование средств ОМС. Данная норма стала применяться только с 2016 года.

С 2016 года такие тематические проверки были продолжены, однако их количество было уменьшено, так как начались наиболее трудозатратные плановые комплексные проверки соблюдения законодательства в сфере ОМС.

Кроме того, в 2016–2017 годах были выявлены другие факты нарушения действующего законодательства, связанные с неэффективным использованием средств ОМС. Так, например, медицинская организация, закупая продукты питания, после оплаты «на бумаге» передавала полученные продукты питания на хранение тем же поставщикам. Таким образом, на счетах индивидуальных предпринимателей по полгода «крутились» средства ОМС, в то время как у администрации больницы возникали проблемы со своевременностью выплаты заработной платы. Также неэффективным использованием средств ОМС явилось нерациональное планирование закупок и приобретение лекарственных препаратов за счет средств ОМС, приведшее к списанию и уничтожению лекарственных препаратов в связи с окончанием сроков годности данных препаратов.

На протяжении всего периода основными нарушениями, выявляемыми в ходе проверок, остаются нарушения при начислении и выплаты заработной платы.

Всего за период деятельности по результатам проверок КРУ, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в бюджет ТФОМС города Севастополя было восстановлено 34 813,9 тыс. рублей. Штраф за использование не по целевому назначению средств, перечисленных по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в размере 10% от суммы нецелевого использования средств, составил 4 512,8 тыс. рублей.

Опыт работы контрольно-ревизионного управления может стать основой для организации работы с медицинскими организациями вновь присоединившихся территорий. Основные вновь выявляемые нарушения по годам представлены в *таблице 4*.

Становление системы ОМС в городе федерального значения Севастополе практически закончилось в 2016 году. С 2017 года ТФОМС начал работу по всем требованиям, утвержденным законодательством Российской Федерации, закончился период формирова-

Таблица 4

Основные вновь выявляемые нарушения

Основные нарушения 2016 года	<p>Расходы на заработную плату из средств ОМС сотрудникам, у которых отсутствуют подтверждающие документы о прохождении дополнительной подготовки по направлению профессиональной деятельности;</p> <p>расходы на стимулирующие выплаты без оценки эффективности деятельности сотрудников и учета их личного вклада в общие результаты работы учреждения;</p> <p>расходы на выплату надбавки за работу с вредными и опасными и иными особыми условиями труда, без проведения специальной оценки условий труда;</p> <p>расходы на закупку лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП;</p> <p>использование продуктов, отсутствующих в среднесуточном наборе продуктов лечебного питания</p>
Нарушения 2017 года	<p>Выплаты по завышенным размерам должностных окладов с учетом начислений по оплате труда, произведенных с превышением установленных норм;</p> <p>доплаты стимулирующего характера работникам, не предусмотренные нормами</p>
Нарушения 2018 года	<p>Принятие финансовых обязательств, не обеспеченных поступающими через структуру тарифа средствами ОМС</p>
Нарушения 2019 года	<p>Расходы на стимулирующие выплаты без оценки эффективности деятельности сотрудников и учета их личного вклада в общие результаты работы учреждения;</p> <p>выплаты стимулирующего характера сверх установленных размеров, с учетом начислений по оплате труда, произведенных с превышением установленных норм;</p> <p>оплата коммунальных услуг и налогов за счет средств ОМС с превышением пропорциональной доли дохода в суммарном объеме доходов по всем источникам финансирования</p>
Нарушения 2020 года	<p>Расходы на выплату заработной платы за выполнение работ, не связанные с реализацией территориальной программы ОМС;</p> <p>содержание объектов недвижимого имущества, не эксплуатируемых в процессе оказания медпомощи;</p> <p>оплата мат. запасов и услуг, не связанных с оказанием медпомощи;</p> <p>расходование лекарственных препаратов и изделий медназначения, приобретенных за счет средств за оказанную медпомощь в рамках ТППГ для оказания медпомощи пациенту, лечение которого должно осуществляться за счет средств ОМС в рамках ТППГ другого региона РФ;</p> <p>оплата обязательств (договоров), налогов, не связанных с деятельностью по ОМС</p>

Окончание таблицы 4

Нарушения 2021 года	Доплаты компенсационного характера работникам, занятым с вредными и (или) опасными условиями труда, не предусмотренные нормами или сверх размеров, установленных картами аттестации рабочих мест;
	оплата стимулирующих и компенсационных выплат, не предусмотренных действующей системой оплаты труда;
	расходы на обучение сотрудников, не участвующих в реализации ТППГ;
	приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу на дату приобретения;
	содержание объектов недвижимого имущества, не эксплуатируемых в процессе оказания медпомощи;
	расход ГСМ, не подтвержденный путевыми листами
Нарушения 2022	Выплаты матпомощи, в т.ч. на оздоровления работников;
	оплата обязательств (договоров), налогов, не связанных с деятельностью по ОМС;
	доплаты за работу, не связанную с реализацией ТППГ;
	выплата заработной платы с начислениями на оплату труда медработникам, оказывающим виды медпомощи, без наличия сертификата специалиста по занимаемой должности
	выплаты стимулирующего характера сверх установленных размеров, с учетом начислений по оплате труда, произведенных с превышением установленных норм.

ния субвенции ФОМС по численности застрахованного населения, произошел переход к единой системе по стране планирования финансирования, закончился переходный период вхождения здравоохранения Севастополя в российское законодательство и работу в системе ОМС.

Работа большой команды профессионалов, желание достижения поставленных задач, решение основных проблемных вопросов, связанных с финансированием здравоохранения Севастополя и формированием системы защиты прав застрахованных лиц, оказанием бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи, – все это объединило специалистов, приехавших из разных субъектов Федерации, и специалистов, жителей города Севастополя, которые смогли отстаивать свое право жить в России. И в настоящее время сплоченная работа всех сотрудников ТФОМС города Севастополя в течение 8 лет вместе с главными врачами медицинских организаций, медицинскими работниками, страховыми медицинскими организациями дает возможность в сложных ситуациях принимать решения, направленные на обеспечение жителей города качественной медицинской помощью. Такие достижения, как ока-

зание высокотехнологичной медицинской помощи, впервые на полуострове Крым начали врачи ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», первые сложные оперативные вмешательства по профилю «урология», «травматология» врачи ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9» стали выполнять не только жителям Севастополя, но и пациентам из других городов России, впервые была организована служба стационарозамещающей помощи на дому пациентам с хроническими заболеваниями диспансерной группы больных. Многие стало реальностью впервые на полуострове и многое еще необходимо сделать, но главное – это то, что решение каждого из нашей команды участвовать в становлении интересной и эффективной системы, направленной на обеспечение здоровья населения, стало главной профессиональной задачей. Именно поэтому выражение «дорогу осилит идущий» – это не просто слова, а принцип жизни каждого сотрудника ТФОМС города Севастополя, тех, кто достойно прошел и одолел вместе все сложности, проблемы, принимал неординарные решения, иногда останавливался, но затем продолжал двигаться вперед.



УДК 614.2

О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТЫ ПОСТОВ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Н.А. Губриева



Реферат

Представлена информация о деятельности страховых представителей страховых медицинских организаций за январь–июль 2022 года. В Краснодарском крае осуществляют деятельность в сфере ОМС три страховые медицинские организации. По состоянию на 1 сентября 2022 года численность застрахованных лиц по ОМС составила 5 788 031 человека, из них прикрепленных 5 721 492 человека (или 98,9%). С оставшимися ведется работа по уточнению адресных данных с целью осуществления территориально-участкового принципа (66 539 застрахованных).

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Краснодарского края

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, ОМС, доступность, качество медицинской помощи, пациент, врач, страховая компания, права застрахованных лиц, нацпроект «Здравоохранение», исследования, диагностика, профилактика, онкология, химиотерапия, здоровье, финансовое обеспечение.

Для корреспонденции

Губриева Надежда Александровна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, к.ф.н.

Адрес: 350020, Краснодар, ул. Красная, д. 178

Тел.: +7 (861) 215-24-62
E-mail: tfomskk@kubanoms.ru

Информация о деятельности страховых представителей страховых медицинских организаций за январь–июль 2022 года

В Краснодарском крае осуществляют деятельность в сфере ОМС три страховые медицинские организации.

По состоянию на 1 сентября 2022 года численность застрахованных лиц по ОМС составила 5 788 031 человека, из них прикрепленных 5 721 492 человека (или 98,9%). С оставшимися ведется работа по уточнению адресных данных с целью осуществления территориально-участкового принципа (66 539 застрахованных).

По состоянию на 1 августа 2022 года количество страховых представителей в страховых компаниях составило 207 человек, в том числе:

- страховых представителей 1-го уровня – 105 человек, из них в федеральных контакт-центрах страховых медицинских организаций (СМО) – 74 человека;
- страховых представителей 2-го уровня – 77 человек;
- страховых представителей 3-го уровня – 25 человек.

Нагрузка на одного страхового представителя в среднем по краю составляет:

- 1-го уровня – 55 тысяч застрахованных;
- 2-го уровня – 75 тысяч застрахованных;
- 3-го уровня – 231 тысяча застрахованных.

Наибольшая нагрузка на одного страхового представителя в Краснодарском филиале ООО «Альфа-Страхование-ОМС» – 176, 96 и 353 тысячи человек соответственно.

Министерством здравоохранения Краснодарского края на 2022 год определены 93 медицинские организации для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения (приказ МЗ КК от 25.11.2021 № 6714), утвержден план проведения профилактических мероприятий.

В соответствии с Распоряжением главы администрации (губернатора) Краснодарского края в течение 2022 года, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Краснодарского края ГБУЗ «Городская поликлиника № 7 г. Краснодара» МЗ КК реорганизована в форме присоединения к нему ГБУЗ «Городская поликлиника № 1 г. Краснодара» МЗ КК. Профилактические медицинские осмотры и диспан-

Количество страховых представителей в страховых компаниях (по состоянию на 1 августа 2022 года)



Нагрузка на одного страхового представителя в среднем по краю



серизацию взрослого населения проводят 92 медицинские организации.

Для обеспечения охвата профилактическими мероприятиями жителей отдаленных населенных пунктов в медицинских организациях создаются мобильные медицинские бригады. Всего на территории края их 44.

Дополнительно в ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» МЗ КК работают 2 мобильных комплекса, которые обеспечивают проведение всех этапов профилактических мероприятий.

В связи с неблагоприятной эпидемической обстановкой в крае проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в феврале было приостановлено.

В списки медицинских организаций для прохождения профилактических мероприятий в 2022 году включено 2 483 498 жителей Краснодарского края, из них:

- для прохождения диспансеризации – 1 480 832 человека;
- профилактических медицинских осмотров – 417 865 человек;
- подлежащие диспансерному наблюдению – 584 801 человек.

Страховые представители на основании данных информационного ресурса о застрахованных лицах, подлежащих диспансерному наблюдению, организуют информационное сопровождение на всех этапах

оказания медицинской помощи (при наличии согласия).

С начала года СМО индивидуально проинформировано 1 627 547 человек, что составляет 66% от общей численности застрахованных, запланированных для прохождения профилактических мероприятий. В том числе о возможности:

- прохождения диспансеризации – 963 566 человек, или 65%;
- профилактических медицинских осмотров – 258 259 человек, или 62%;
- диспансерного наблюдения – 405 722 человека, или 69%.

По состоянию на 1 августа 2022 года проинформировано 405 722 человека, подлежащих диспансерному наблюдению, за период январь-июль 2022 года (100,0% подлежащих диспансерному наблюдению), из них:

- с болезнями системы кровообращения – 287 338 человек;
- с заболеваниями эндокринной системы – 70 086 человек;
- с прочими неинфекционными заболеваниями – 24 418 человек;
- с бронхолегочными заболеваниями – 23 880 человек.

С начала 2022 года прошли диспансерное наблюдение 295 175 человек, или 50,5% из числа подлежащих диспансерному наблюдению.

Списки медицинских организаций для прохождения профилактических мероприятий в 2022 году



С начала года СМО индивидуально проинформировано 1 627 547 человек, что составляет 66% от общей численности застрахованных, запланированных для прохождения профилактических мероприятий



Количество человек, проинформированных и подлежащих диспансерному наблюдению, за период январь–июль 2022 года (по состоянию на 1 августа 2022 года)



О работе страховых представителей с обращениями граждан

Страховыми представителями за период с января по июль 2021 года принято и рассмотрено всего 100 796 обращений, из которых:

- 98,0% поступили в устной форме (98 731 обращение);
- 2,0% – в письменной форме (2 065 обращений).

Страховыми представителями 1-го уровня за этот период было рассмотрено 54 407 устных обращений, поступивших на телефоны контакт-центров или непосредственно при дежурствах в медицинских организациях.

Страховыми представителями 2-го уровня рассмотрено 45 417 обращений, из которых 97,5% обращений поступило в устной и 2,5% – в письменной форме.

Страховыми представителями 3-го уровня рассмотрено 972 обращения (6,5% поступили в устной и 93,5% в письменной форме). Письменные обращения (909) рассмотрены с проведением медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Информация о работе представителей страховых медицинских организаций на дежурствах в медицинских организациях края за январь–июль 2022 года

СМО организована работа страховых представителей непосредственно в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на терри-

тории Краснодарского края, в том числе участвующих в приоритетном проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – приоритетный проект), в соответствии с Методическими рекомендациями об организации работы страховых представителей в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (письмо ФОМС от 29.12.2017 № 15410/30-2/и), положением, утвержденным приказом ТФОМС КК от 30.10.2015 № 231-П «Об утверждении Положения о службе представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края» и Порядком взаимодействия ТФОМС КК, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (приказ ТФОМС КК от 03.05.2017 № 109-П).

Дежурства проводятся по графику. График размещается в медицинских организациях, на сайтах СМО и ТФОМС КК.

Во время дежурств страховыми представителями оказывается помощь застрахованным в организации получения медицинской помощи, записи на прием к врачам, записи на исследования и консультативная помощь по вопросам ОМС, в том числе прохождения профилактических мероприятий.

Всего за январь–июль 2022 года представителями СМО проведено 3 845 дежурств в 294 медицинских организациях (44 муниципальных образования края), в ходе которых принято 26 007 обращений граждан, в том числе:

- 3 693 дежурства, которые проведены в 166 медицинских организациях (44 муниципальных образования края), участвующих в приоритетном проекте, в ходе которых принято 25 779 обращений граждан;
- кроме того, 152 дежурства в остальных 128 медицинских организациях (36 муниципальных образованиях края), в ходе которых принято 228 обращений от застрахованных лиц.

Филиалом ООО «Капитал МС» в Краснодарском крае проведено 175 дежурств в 83 медицинских организациях (в 19 муниципальных образованиях края), участвующих в приоритетном проекте.

Краснодарским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» проведено 265 дежурств в 246 медицинских организациях (41 муниципальном образовании), в том числе 137 дежурств в 119 медицинских организациях (в 41 муниципальном образовании края), участвующих в приоритетном проекте.

Краснодарским филиалом ООО «АльфаСтрахование-ОМС» проведено 3 405 дежурств в 140 медицинских организациях (в 36 муниципальных образованиях края), в том числе 3 381 дежурство в 139 медицинских организациях (в 36 муниципальных образованиях края), участвующих в приоритетном проекте.

В ходе проводимых дежурств к представителям всех СМО поступило 26 007 обращений за консультацией, из них:

- об обеспечении полисом ОМС – 29,1%;
- об оказании медицинской помощи (кроме несовершеннолетних) – 16,4%;
- о выборе врача – 10,8%;
- об организации работы медицинской организации – 10,7%;
- о выборе или замене СМО – 7,9%;
- о выборе медицинской организации в сфере ОМС – 6,8%;
- о лекарственном обеспечении – 6,4%;
- о сроках ожидания медицинской помощи – 5,7%;
- о проведении профилактических мероприятий – 1,8%.

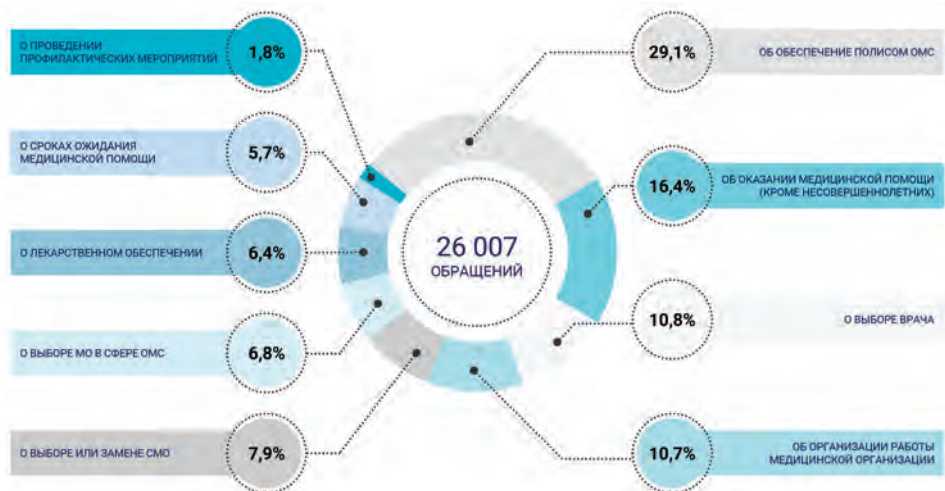
Кроме этого, СМО обеспечили телефонами прямой связи с застрахованными лицами 166 медицинских организаций (в том числе 49 детских).

С целью определения удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи страховыми представителями проводилось анкетирование граждан, всего опрошено 42 827 человек, из них удовлетворены 41 609.

В августе 2022 года, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение», произведен сбор информации об уровне удовлетворенности населения медицинской помощью в Краснодарском крае.

В опросе приняли участие 611 жителей края.

Количество обращений за консультацией, поступивших в ходе проводимых дежурств к представителям всех СМО



По итогам опроса уровень удовлетворенности населения медицинской помощью в Краснодарском крае в августе составил 75,7%.

Обращаю внимание, что с 01.09.2022 вступает в силу приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н, который утвердил Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.

В данном Порядке определены:

- перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом;
- перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-кардиологом;
- перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачами-специалистами.

Вместе с тем, в соответствии с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 05.04.2022 № 00-10-30-4-06/3566 и во исполнение пункта 2.2 Протокола заседания Оперативного штаба Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2022 № 73/30-4/112 в адрес медицинских и страховых медицинских организаций ТФОМС КК ежемесячно направляет списки застрахованных лиц;

- имеющих хронические заболевания по нозологическим формам, представляющим наибольший риск для пациентов в отношении роста показателя смертности;
- в возрасте от 18 лет и старше, не обращавшихся за медицинской помощью в рамках программы обязательного медицинского страхования в течение двух лет.

В сентябре 2022 года в соответствии с пп. 1.3, 2.4 протокола заседания Оперативного штаба Минздрава России о повышении эффективности работы первичного звена здравоохранения по снижению смертности населения от 21.07.2022 № 73/13-7/368 под председательством Министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко ТФОМС КК в адрес медицинских и страховых организаций также направил:

- списки застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру и диспансеризации в первоочередном порядке, – лиц трудоспособного возраста с 40 до 65 лет, которые в течение 2020 и 2021 годов не прошли профилактические мероприятия (профилактические осмотры, углубленную диспансеризацию, диспансеризацию);
- списки застрахованных лиц, сформированные в группы, имеющие приоритет в рамках диспансерного наблюдения.

Списки предоставлены с указанием структурного подразделения и терапевтического участка медицинской организации.



УДК 614.2

ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ. РОЛЬ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А.В. Пайль¹, Т.Г. Грачева¹, М.М. Стажарова²



Пайль А.В.



Грачева Т.Г.



Стажарова М.М.

¹ ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

² ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»

Реферат

Одним из актуальных направлений здравоохранения является организация медицинской помощи больным с заболеваниями почек, включая заместительную почечную терапию. Хроническая болезнь почек (далее – ХБП) – одна из серьезных проблем здравоохранения не только в Российской Федерации, но и для мирового медицинского сообщества. Медико-социальная и медико-экономическая значимость проблемы ХБП обусловлена тремя основными аспектами: высокой распространенностью, прогрессирующим характером, дорогостоящими методами лечения.

Ключевые слова:

хроническая болезнь почек (ХБП), гемодиализ, диагностика заболевания на ранней стадии, внедрение скрининговых исследований.

Почти 30 лет система обязательного медицинского страхования Российской Федерации выступает как один из важнейших гарантов обеспечения конституционных прав каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь. На протяжении этих лет все участники ОМС активно реализуют целый ряд социально значимых федеральных проектов, программ, обеспечивая успешное решение поставленных задач.

Одним из актуальных направлений здравоохранения является организация медицинской помощи больным с заболеваниями почек, включая заместительную почечную терапию (далее – ЗПТ). Хроническая болезнь почек (далее – ХБП) – одна из серьезных проблем здравоохранения не только в Российской Федерации, но и для мирового медицинского сообщества. Медико-социальная, следовательно, и медико-экономическая значимость проблемы ХБП обусловлена тремя основными аспектами:

- высокая распространенность ХБП. По официальным данным, в Российской Федерации около 19% населения имеют ту или иную стадию ХБП; кроме того, по мнению экспертов около 24 млн жителей имеют недиагностированные формы ХБП;
- течение ХБП носит прогрессирующий характер; отсутствие лечения и выявление на поздних стадиях приводит к развитию терминальной почечной недостаточности, сопряженной с ухудшением качества жизни, утратой трудоспособности, развитием сердечно-сосудистых осложнений, высокой смертностью;

- необходимость применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии на терминальных стадиях ХБП; при этом процедуры диализа являются пожизненными, при потребности 156 сеансов гемодиализа или 365 дней перитонеального диализа затраты на одного пациента составляют более 1 млн руб. в год.

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) из средств ОМС осуществляется с 2011 года. На этом этапе в Волгоградской области диализная помощь оказывалась в 3 медицинских организациях, было развернуто 36 диализных мест для гемодиализа, для 111 пациентов предоставлен перитонеальный диализ. Это, к сожалению, не покрывало реальную потребность пациентов в ЗПТ.

В настоящее время благодаря тому, что в регионе открыты 2 частных медицинских центра диализа, очередность практически отсутствует, потребность региона полностью удовлетворяется имеющимися ресурсами. Сегодня в реестре медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Волгоградской области, пять медицинских организаций оказывают медицинскую помощь с применением заместительных технологий: ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», ГБУЗ «Городская больница № 1» г. Камышина, ООО «Центр Диализа-Астрахань», ООО «Диализ СП».

Для корреспонденции

Пайль Анна Владимировна

Директор ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Тел.: +7 (8442) 53-27-27

E-mail: APail@volgatfoms.ru

Грачева Татьяна Георгиевна

Заместитель директора по мониторингу системы ОМС ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Тел.: +7 (8442) 53-27-27

E-mail: tgracheva@volgatfoms.ru

Адрес: 400005, Волгоград, пр-т им. В.И. Ленина, д. 56 а

Стажарова Марина Михайловна

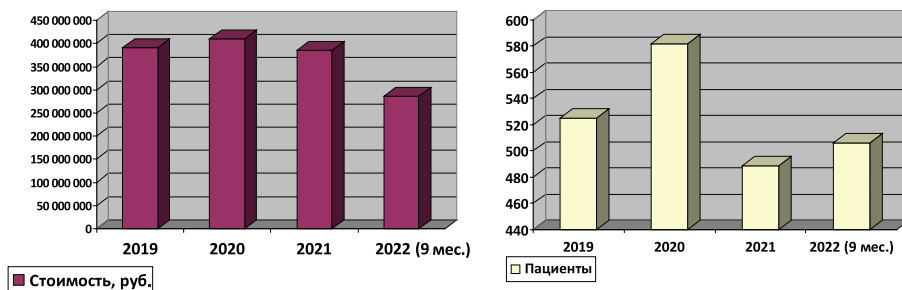
Главный внештатный специалист-нефролог Комитета здравоохранения Волгоградской области, заведующая нефрологическим отделением ГБУЗ «ВОКБ № 1»

Тел.: +7 (960) 875-45-35

E-mail: mstazharova@yandex.ru

Адрес: 400081, Волгоград, ул. Ангарская, д. 13

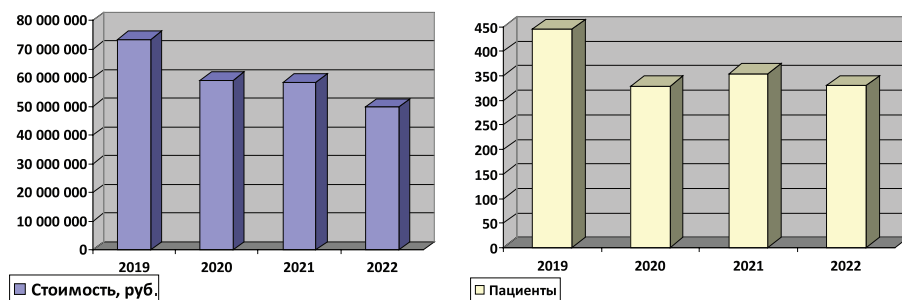
Динамика числа пациентов, получающих диализ, и финансирования диализной помощи



Ситуация, связанная с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции, оказала значительное влияние на показатели обеспечения диализной помощью. Высокий уровень летальности диализных больных от присоединившейся коронавирусной инфекции привел к снижению числа этих пациентов, что в целом поменяло картину финансирования диализной помощи. Кроме того, необходимо было организовать медицинскую помощь таким образом, чтобы пациенты, нуждающиеся в ГД и зараженные COVID-19, смогли бесперебойно получать процедуры. С этой целью, а также в связи с необходимостью соблюдения противоэпидемического режима была произведена перемаршрутизация: все пациенты, зараженные COVID-19, направлялись в инфекционный госпиталь, развернутый на базе ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», в составе которого функционирует диализный центр. Там же было организовано проведение процедур диализа пациентам с острой почечной или полиорганной недостаточностью.

Доля средств ОМС, планируемых на финансовое обеспечение всех видов программного, а также процедур острого диализа, в разных регионах отличается,

Результаты мониторинга финансового обеспечения услуг диализа в условиях стационаров



и это связано как с ресурсными возможностями того или иного субъекта, так и с распространенностью ХБП. Так, в Волгоградской области обеспеченность гемодиализной помощью в 2021 году составила 114,8 чел./млн населения, что уступает среднероссийским показателям. В то же время обеспеченность перитонеальным диализом составляет 47,6 чел./млн населения, что является одним из лучших показателей в Российской Федерации.

Федерации.

Кроме того, имеют значение географические особенности региона, обуславливающие отдаленность населенных пунктов, транспортную доступность. И здесь важнейшую роль играет правильная организация перитонеального диализа. Благодаря этому удается полностью обеспечить потребность в ЗПТ в отдаленных населенных пунктах.

Учитывая тот факт, что заместительная почечная терапия проводится пациентам с терминальной ХПН пожизненно, крайне важно соблюдать четкое планирование и постоянное взаимодействие всех участников процесса, включая орган управления здравоохранением региона. С этой целью приказом комитета здравоохранения Волгоградской области от 22.11.2016 № 3782 была образована постоянно действующая комиссия, в состав которой вошли представители комитета здравоохранения, территориального фонда ОМС, диализных центров, главный внештатный специалист-нефролог. Позднее комиссия была преобразована в рабочую группу по вопросам организации оказания медицинской помощи больным с хронической почечной недостаточностью. В задачи рабочей группы входит учет, внесение в регистр пациентов с ХБП С4–С5, определение сроков начала ЗПТ, выбор метода ЗПТ, маршрутизация пациентов в подведомственные комитету здравоохранения отделения диализа и диализные центры. Благодаря слаженной работе рабочей группы удалось полностью исключить очередность на ЗПТ, поддерживать баланс работы государственных и частных

и это связано как с ресурсными возможностями того или иного субъекта, так и с распространенностью ХБП. Так, в Волгоградской области обеспеченность гемодиализной помощью в 2021 году составила 114,8 чел./млн населения, что уступает среднероссийским показателям. В то же время обеспеченность перитонеальным диализом составляет 47,6 чел./млн населения, что является одним из лучших показателей в Российской Федерации.

диализных центров, обеспечивая полную удовлетворенность населения в ЗПТ. На протяжении последних лет в страховые медицинские организации, в ТФОМС не поступало ни одного обращения, касающегося недолжной организации и качества оказания диализной помощи.

Но, несмотря на значительные успехи в лечении пациентов с терминальной ХПН, неуклонное повышение качества проводимых процедур (что позволяет увеличивать продолжительность жизни пациентов на диализе), остается еще много нерешенных задач. Одна из них – организация и качество оказания медицинской помощи пациентам с ХБП на додиализном этапе. И здесь прежде всего необходимо обратить внимание на своевременную диагностику, раннее выявление почечных заболеваний, поскольку практически все они носят необратимый прогрессирующий характер, и своевременное начало лечения на более ранних стадиях позволит обеспечить лучшее качество жизни и работоспособность, а также отсрочить заместительную почечную терапию на более поздний период либо полностью избежать ее. Экономический эффект очевиден: уменьшение расходов на ЗПТ как один из наиболее затратных видов лечения позволит высвободить ресурсы, перераспределив их на решение других, не менее важных задач.

В Волгоградской области с 2016 года ведется регистр пациентов с ХБП. По состоянию на 01.01.2022 в регистр было включено 1 135 больных, на 01.11.2022 – 1 251 (введено в регистр за 10 месяцев 2022 года новых пациентов 116 человек).

Все пациенты представляются на рабочую группу, где определяется тактика ведения пациента, формируются рекомендации по дальнейшему наблюдению. Основную роль здесь играет первичное звено. Диспансерное наблюдение осуществляется участковыми терапевтами, и очень важно, чтобы специалисты имели настороженность в отношении болезней почек, а также в отношении риска развития почечных осложнений при многих заболеваниях (сахарный диабет, подагра, гипертоническая болезнь и др.). Регулярное наблюдение и консультирование пациентов врачами-специалистами также способствует качеству жизни и значительно продлевает додиализный период.

Нельзя обойти стороной вопрос раннего выявления болезней почек. Сегодня это возможно либо



Зал диализа в ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»

при обращении пациентов с уже имеющимися жалобами, либо при обследовании по поводу других заболеваний с целью выявления почечных осложнений. Скрининговое обследование практически отсутствует. В перечне необходимых исследований, проводимых в рамках профилактических мероприятий (профилактические осмотры, диспансеризация взрослого населения), отсутствуют общий анализ мочи, УЗИ почек, исследование уровня креатинина и мочевины в крови, определение скорости клубочковой фильтрации. Данные исследования не являются достаточно затратными и доступны любой территориальной поликлинике, но их проведение достоверно позволит обеспечить раннюю диагностику патологии почек. Совершенно очевидно, что незначительное увеличение ресурсов на профилактические мероприятия позволит сократить дальнейшие расходы, связанные с лечением и наблюдением пациентов с ХБП.

Таким образом, опыт показал, что комплексный подход к диагностике заболеваний почек, лечению и диспансерному наблюдению пациентов с ХБП на уровне единого регистра пациентов, коллегиальный метод определения тактики ЗПТ посредством формирования и функционирования межведомственной рабочей группы достоверно показал положительный эффект и может быть тиражирован на другие регионы. Массовое внедрение скрининговых исследований в рамках профилактических мероприятий позволит добиться выявления заболеваний мочевыделительной системы на более ранних стадиях, что позволит проводить своевременное лечение, увеличить додиализный период, улучшить качество жизни пациентов.

УДК 614.2

КОНЦЕПЦИЯ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

В.В. Омеляновский, Д.Г. Щуров



Омеляновский В.В.



Щуров Д.Г.

Центр экспертизы
и контроля качества
медицинской помощи

Ключевые слова:

концепция ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ), основные элементы ЦОЗ, этапы реализации проектов в рамках ЦОЗ, параметры, которые собираются в рамках проектов ЦОЗ, российский и зарубежный опыт.

Для корреспонденции

Омеляновский Виталий Владимирович

Генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи, д.м.н., профессор

Тел.: +7 (495) 783-19-05
E-mail: office@rosmedex.ru

Щуров Дмитрий Георгиевич

Заместитель начальника отдела развития и внешних коммуникаций Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи

Тел.: +7 (495) 783-19-05
E-mail: office@rosmedex.ru

Адрес: 109028, Москва, Хохловский пер., д. 10, стр. 5

Современное здравоохранение характеризуется следующими основными тенденциями: увеличением доли пожилого населения и доли населения с хроническими заболеваниями; увеличением потребности в новых прорывных медицинских технологиях; возрастающим ростом ожиданий от медицинской помощи. Все это, безусловно, ведет к росту расходов в системе здравоохранения.

В то же время стоит отметить, что нет прямой зависимости между расходами и эффективностью системы здравоохранения. То есть вложенные в систему здравоохранения средства не всегда дают пропорциональный отклик, направленный на увеличение ее эффективности. Например, Чехия и США. Если мы оцениваем эффективность системы здравоохранения по ожидаемой продолжительности жизни, то и в Чехии, и в США достигаются одинаковые значения этого показателя, только США достигает этих величин, затрачивая порядка 9,5 тыс. долларов на душу населения в год, а Чехия – примерно 2,5 тыс. долларов. При этом и Россия, и США находятся немного вне общего тренда, отражающего зависимость ожидаемой продолжительности жизни от расходов системы здравоохранения. Это в том числе говорит о том, что есть поле для развития в плане повышения экономической эффективности систем здравоохранения обеих стран.

Традиционно в российской системе здравоохранения качество медицинской помощи оценивается, как правило, только во время нахождения пациента в медицинской организации и учитываются так называемые процессные показатели, например, выполнены ли ЭКГ, компьютерная томография или МРТ. Если не-

обходимые лечебно-диагностические манипуляции выполнены, то считается, что помощь оказана качественно. Действующая система оплаты медицинской помощи также сформирована на основании объема выполняемых медицинских услуг, объединенных в рамках отдельных клиничко-статистических групп или в виде усредненного норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Но каков же результат выполненных медицинских услуг, каков исход лечения на индивидуальном уровне – в настоящее время мы не оцениваем, как не учитываем и затраты на индивидуальном уровне.

Особенностью подхода ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) является то, что в рамках данной системы оцениваются отдаленные, важные для пациента результаты лечения. То есть даже когда пациент вышел из стационара, он продолжает оставаться в поле зрения системы здравоохранения.

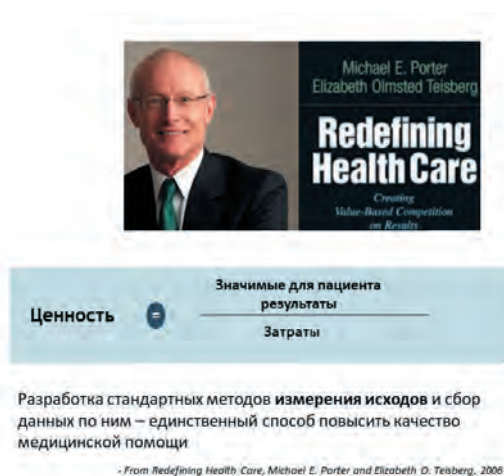
ЦОЗ в первую очередь направлено на повышение качества медпомощи и эффективности системы здравоохранения.

Понятие ценностно-ориентированного здравоохранения

Основатель подхода ЦОЗ (рис. 1) – Майкл Портер. Это американский экономист, профессор Гарвардской школы бизнеса.

Понятие ЦОЗ является комплексным. В его основу входят:

- сбор данных по исходам лечения и затратам на индивидуальном уровне;
- понятие «ценность»;
- бенчмаркинг.



Концепция ЦОЗ (Value-Based Healthcare)

Понятие ЦОЗ является комплексным. В основе:

1. сбор RWD (данных по исходам лечения и затратам на индивидуальном уровне)
2. «ценность» (соотношение результатов лечения и затрат);
3. «бенчмаркинг» (сравнение результатов лечения между МО или врачами и определение лучших практик лечения)

Рисунок 1

Основные составляющие ЦОЗ



Рисунок 2

Понятие «ценности» представляет собой соотношение значимых для пациента результатов лечения и сопряженных с достижением этих результатов затрат системы здравоохранения.

«Бенчмаркинг» – это сравнение результатов лечения между разными медицинскими организациями или между разными врачами и определение лучших стратегий лечения пациентов. В дальнейшем эти лучшие практики ведения пациентов могут распространяться на другие медицинские организации, таким образом повышая качество медпомощи в стране в целом и качество жизни каждого конкретного пациента.

В ЦОЗ можно выделить пять основных элементов (рис. 2):

- измерение исходов, важных для пациента на индивидуальном уровне;
- измерение затрат на индивидуальном уровне;
- цифровая инфраструктура;
- новые методы оплаты (оплата за результат);
- интегрированный подход к оказанию медицинской помощи.

Развитие ЦОЗ невозможно без развития цифровой инфраструктуры, ведь необходимо собрать и проанализировать данные по исходам и затратам на индивидуальном уровне, соотнести результаты лечения и ассоциированные с достижением этих результатов затраты.

Интегрированный подход к оказанию медицинской помощи. Если объяснять просто, то когда пациент в текущей системе здравоохранения приходит в поликлинику, терапевт его направляет, в зависимости от нозологии, например, к неврологу, тот дает

определенные рекомендации по лечению заболевания, в то же время если этот же пациент обратится к хирургу, то, вполне вероятно, что он получит иные рекомендации по лечению этого же заболевания. Безусловно, и невролог, и хирург в этом случае будут руководствоваться клиническими рекомендациями, в которых представлены несколько вариантов ведения пациента с определенной нозологией.

В отличие от текущей системы, интегрированный подход характеризуется формированием коллектива врачей разных специальностей, иными словами, мультидисциплинарной команды, которая принимает консолидированные решения по тактике ведения пациента.

В ЦОЗ, помимо сбора клинических показателей, собираются также данные о качестве жизни пациента. Безусловно, пациенту важно, выживет он или нет. Но не менее важно ему, как он будет себя чувствовать, т.е. он должен представлять качество своей жизни после лечения. Одно дело, когда пациент постоянно лежит в постели, не может двигаться, другое – если он сам себя обслуживает, и совсем иная ситуация – если пациент способен работать.

Например, пациенты с диагнозом «локализованный рак предстательной железы» могут лечиться с использованием трех стратегий: хирургическая операция, лучевая терапия или просто активное наблюдение за пациентом. Если оценивать результаты лечения по показателю общей выживаемости, то все три стратегии имеют одинаковую эффективность. Но если учитывать другие важные для пациента исходы лечения, такие как, например, недержание мочи, нарушение половой функции, тогда мы видим, что три

стратегии очень сильно отличаются между собой. Таким образом, ЦОЗ, помимо клинических исходов, предполагает обязательный сбор данных по качеству жизни пациентов и учитывает важные именно для пациента результаты лечения.

Реализовывать проекты по ЦОЗ можно внутри одной медицинской организации. Тогда сравниваются результаты отдельных врачей: у кого достигается лучший результат лечения. Потом анализируется, за счет чего этот результат лучше, и эту лучшую практику ведения пациента распространяют среди других врачей.

Проекты в рамках ЦОЗ могут реализовываться в двух и более медицинских организациях. В этом слу-

чае сравниваются между собой разные медучреждения. Соответственно, определяется лучшая медицинская организация с точки зрения ее результативности, анализируются причины достижения лучших результатов лечения в этом учреждении, и затем эта лучшая практика ведения пациентов может распространяться на другие медицинские организации.

В проектах ЦОЗ могут сравниваться разные поликлиники между собой. Можно такие проекты проводить в сцепке медицинских организаций амбулаторного и стационарного звена либо только между стационарами, или же на уровне действующих федеральных программ (рис. 3).

Варианты реализации парадигмы ЦОЗ

- Внутри одной МО;
- Проекты 2 и > МО;
- Амбулаторно (РФ в целом, субъект РФ);
- Амбулаторно + стационары по определенной нозологии (РФ в целом, субъект РФ);
- В рамках действующих программ лекарственного обеспечения путем «надстройки» программ («Круг добра», «14 ВЗН», «ССЗ» и др.).

Рисунок 3

Этапы реализации проектов ЦОЗ и показатели, которые собирают в рамках данных проектов

В проектах по ЦОЗ можно выделить четыре этапа (рис. 4):

- подготовительный;
- сбор данных;
- анализ данных + бенчмаркинг;
- принятие управленческих решений.

На подготовительном этапе определяется, по какой нозологии будет проводиться проект, обозначается набор параметров. Он должен быть стандартизован, чтобы во всех участвующих в проекте медицинских организациях происходил сбор одних и тех же данных, по которым в дальнейшем будут сравниваться между собой разные медицинские организации или разные врачи. Далее определяется формат сбора данных – то, как анкетировать пациентов: обзванивать после выписки из стационара или приглашать в медицинскую организацию повторно по прошествии определенного времени.

В рамках подготовительного этапа создается информационная система для обработки данных – это самая сложная и затратная по времени задача.

Валидация опросников. В большинстве проектов ЦОЗ используются зарубежные опросники, которые, во-первых, нужно перевести на русский язык, а во-вторых, перед тем как использовать, – валидировать их в фокус-группе пациентов с соответствующей нозологией, чтобы проверить, одинаково и правильно ли все пациенты понимают вопросы.

На втором этапе важен максимально полный сбор данных, чтобы потом безошибочно, качественно произвести их анализ. И если на этапе сбора данных недопустима стратификация пациентов, то на этапе анализа она необходима. Стратификация может производиться по нескольким параметрам: пол, возраст, иные социально-демографические характеристики пациентов, наличие сопутствующих заболеваний и т.д.

О бенчмаркинге мы уже говорили. Это рейтингование медицинских организаций или врачей с определением, по результатам лечения, лучших из лучших.

Этап принятия управленческих решений предполагает возможное распространение опыта лучшей медицинской организации или врача на других врачей и иные медучреждения.

4 этапа в реализации проектов ЦОЗ



Рисунок 4

Созданием наборов стандартизованных показателей, используемых в том числе в рамках проектов ЦОЗ, занимаются различные международные организации. Одна из наиболее известных – консорциум ICHOM (The International Consortium for Health Outcomes Measurement). Это Международный консорциум по оценке клинических исходов.

В настоящее время ICHOM разработал наборы параметров по 44 нозологиям. Для использования наборов параметров внутри страны может потребоваться их локальная адаптация.

Параметры, которые собирают в рамках проектов ЦОЗ, можно классифицировать на три типа по целям использования:

- для стратификации или выравнивания групп пациентов в последующем сравнительном анализе данных (социально-демографические, исходные клинические показатели, др.);
- для оценки эффективности, результативности деятельности медицинской организации или отдельного врача (исследуемые исходы лечения, клинические показатели и показатели качества жизни пациента);
- для анализа причин различий в эффективности, результативности деятельности медицинской организации или отдельного врача (медицинские технологии, определяющие достижение лучшего результата лечения).

Показатели также можно классифицировать по типу данных:

- социально-демографические показатели;
- клинические показатели;

- показатели качества жизни пациента;
- показатели использования ресурсов здравоохранения, экономические данные;

Параметры отличаются и по источнику данных:

- от врача, из медицинской карты пациента;
- от пациента.

Показатели также можно классифицировать, используя иные критерии, например:

- по кратности сбора данных;
- по критериям/условиям использования.

Российский и зарубежный опыт

В России в настоящее время существует проект «Внедрение подходов ЦОЗ при лечении пациентов с ВЗК (воспалительные заболевания кишечника)». Это первый проект в области колопроктологии. Отличительными особенностями проекта является то, что он имеет развитый уровень информатизации, и его масштаб. В данном проекте участвуют четыре независимые медицинские организации. Основная цель проекта: повышение качества медпомощи и жизни пациентов с ВЗК посредством выявления лучших стратегий ведения пациентов с ВЗК и увеличения частоты использования данных подходов в будущем.

Второстепенная цель проекта: соотнесение результатов лечения с затратами. Сейчас многие зарубежные организации, внедряющие ЦОЗ, заявляют о том, что фокусируются в первую очередь на улучшении качества жизни пациентов и медицинской помощи, а не на экономии и подсчете затрат. В то же время стоит отметить, что анализ затрат на индивидуальном уровне – один из важных элементов ЦОЗ.

Данный проект стартовал в июле 2022 года и будет реализовываться до 2024 года включительно. В настоящее время идет сбор данных (клинических и качества жизни пациентов с ВЗК).

В зарубежных странах накоплен значительный опыт реализации проектов ЦОЗ, в том числе реализованных на амбулаторном уровне оказания медицинской помощи. В Великобритании существуют кабинеты амбулаторной помощи, большинство из которых являются медицинскими организациями частной формы собственности. В 2004 года с ними был заключен контракт в рамках Программы качества и результатов. Программа учитывает индикаторы качества медицинской помощи в четырех областях:

- клиническая;
- организационная;
- опыт пациентов;
- дополнительные услуги.

Индикаторы качества медицинской помощи в клинической области включают: учет пациентов с сахарным диабетом (СД) и маршрутизацию пациентов с высоким артериальным давлением. Если медицинская организация ведет учет пациентов с СД, то этой медицинской организации добавляются баллы. Если в медорганизации пациентов с высоким артериальным давлением направляют к врачу-специалисту, этой медицинской организации тоже добавляются баллы и т.д. Далее на основании этих баллов рассчитываются премии, которые выплачиваются на ежегодной основе.

Медицинские организации Великобритании охотно участвуют в этом проекте, поскольку есть финансовый стимул. В среднем премия за участие в данной Программе составляет 20% их годового дохода. В результате действия Программы достигнут прогресс в повышении качества медицинской помощи, но отсутствует экономия бюджета страны.

Что происходит во Франции. Во Франции разработана программа «Оплата за результат». Она функционирует на уровне отдельных врачей. Индикаторы качества медицинской помощи включают показатели процесса, структуры и результатов по четырем разделам:

- профилактика;
- лечение хронических заболеваний;
- назначение экономически эффективных лекарственных препаратов;
- организация практики.

Критерии качества в области лечения хронических заболеваний включают, в частности: достижение определенного уровня гликированного гемоглобина,

липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у пациентов с СД 2-го типа. Если врач достигает нормального уровня гликированного гемоглобина у своих пациентов, то этому врачу добавляются баллы. Если врач хорошо контролирует уровень ЛПНП у пациентов с СД 2-го типа, врачу также добавляются баллы и т.д. На основании результатов врачам выплачиваются премии. По итогам Программы во Франции в целом улучшились все анализируемые показатели, но, опять же, это пока не привело к экономии бюджета страны.

А вот в Германии по результатам проектов, включающих элементы ЦОЗ, одна из крупных немецких страховых компаний сообщила о чистой экономии в размере от 8 до 15% от общих ежегодных затрат на лечение пациентов с хроническими заболеваниями. В одном из штатов США в рамках программы ЦОЗ достигнуто снижение количества госпитализаций и обращений в отделения неотложной помощи более чем на 50%, снижение общих затрат на 11%.

В целом зарубежный опыт показал высокую результативность программ, включающих элементы ЦОЗ, как на амбулаторном уровне, так и в отдельных клиниках.

Что касается нашей страны, то в России создан Консорциум по содействию внедрению подходов ЦОЗ. Это не юридическое лицо. Целью является осуществление сотрудничества в области внедрения подходов ЦОЗ, т.е. это клуб единомышленников, заинтересованных в развитии подхода ЦОЗ в России.

Основными направлениями сотрудничества являются:

- интеграция подходов к оценке качества и оплате медпомощи с учетом результатов, важных для пациентов;
- создание системы мониторинга ценностно-ориентированных показателей;
- формирование конкурентной среды между медицинскими организациями, позволяющей сравнивать результаты лечения и выявлять лучшие клинические практики ведения пациентов;
- популяризация подходов ЦОЗ для медработников путем создания единой образовательной информационной платформы;
- популяризация подходов ЦОЗ среди пациентов и их вовлечение в оценку своего здоровья посредством разработки и внедрения опросников (качество жизни, функциональное восстановление).

В настоящее время в Консорциум входит уже более 30 участников.

УДК 614.2

ШКОЛА ЭКСПЕРТА КАЧЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ДЕФЕКТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (Часть 1)

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



Старченко А.А.



Устюгов А.В.

ООО «Капитал Медицинское
Страхование»

Реферат

Широкое внедрение в практику онкологии современных препаратов благодаря Федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» создало условия для достижения амбициозных целевых показателей ежегодичной смертности и пятилетней выживаемости онкобольных, однако в результате широкомасштабной экспертной деятельности в онкологии в системе ОМС в последние три года стало заметно отсутствие систематического контроля за эффективностью лекарственной терапии. В отчетах и сообщениях различных государственных структур, контролирующей ход исполнения Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», много раз указывалось на преобладание в оказании онкопомощи дешевых и давно известных схем химиотерапии, малое число молекулярно-генетических исследований с целью назначения дорогостоящей таргетной терапии, неоправданное применение маргинальных схем лекарственной терапии в структуре счетов за оказанную онкопомощь, нарушения в исполнении требований клинических рекомендаций. Все эти негативные явления, приводящие к нарушению прав онкобольных, тем или иным образом связаны с отсутствием налаженной системы контроля за эффективностью лекарственной терапии. Отсутствие системы контроля за эффективностью лекарственной терапии представляет собой ненадлежащее качество оказываемой онкологической помощи по критериям пункта 21 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и части 6 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Это: несвоевременно поздняя замена неэффективной терапии; неправильный выбор методов лекарственной терапии – неэффективная терапия; недостижение степени запланированного результата – прогрессирование злокачественного новообразования ввиду неэффективной лекарственной терапии. На необходимость и обязательность оценки эффекта химиотерапии в соответствии с существующими системами оценки указывают работы ведущих онкологов мира и России последних пяти лет, представленные в обзоре. Экспертам системы ОМС предложено ознакомиться с практическими выводами по обязательному использованию систем контроля и оценки эффективности лекарственной терапии, а также с необходимостью выявления дефектов в оказании онкопомощи, связанной с отсутствием или ненадлежащей оценкой эффективности терапии, и соответствующими формулировками экспертных заключений в системе ОМС.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества онкологической помощи, лекарственная терапия, злокачественные новообразования, иммунотерапия опухолей, оценка эффективности лекарственной терапии, Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», Национальный проект «Здравоохранение», RECIST, IRECIST.

Жизнь онкологического пациента, находящегося на химиотерапии по поводу неоперабельного, метастатического, прогрессирующего злокачественного новообразования (ЗНО), подобна песочным часам: время неумолимо действует против жизни пациента. При этом неправильная, неадекватная и неэффективная химио-, таргетная и иммунотерапия расширяет перешеек песочных часов. Ненадлежащее качество лекарственной терапии, выражающееся в ее неэффективности, и отсутствие при этом системы контроля ее эффективности сокращают период жизни онкопациента, лишают его права на надлежащее качество последующих линий терапии и права на жизнь, а также противодействуют Федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» в достижении целевых показателей одногодичной смертности и пятилетней выживаемости, приводят к серьезным бесцельным финансовым потерям системы ОМС.

В результате широкомасштабной экспертной деятельности в онкологии в системе ОМС в последние три года стало заметно отсутствие систематического контроля за эффективностью лекарственной терапии. В отчетах и сообщениях различных государственных структур, контролирующих ход исполнения Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», много раз указывалось на преобладание в оказании онкопомощи дешевых и давно известных схем химиотерапии, малое число молекулярно-генетических исследований с целью назначения дорогостоящей таргетной терапии, паразитирование маргинальных схем лекарственной терапии в структуре счетов за оказанную онкопомощь, нарушения в

исполнении требований клинических рекомендаций. Все эти негативные явления и злоупотребления тем или иным образом связаны с отсутствием налаженной системы контроля за эффективностью лекарственной терапии.

Отсутствие системы контроля за эффективностью лекарственной терапии представляет собой ненадлежащее качество оказываемой онкологической помощи по критериям пункта 21 статьи 2 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и части 6 статьи 40 Закона РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Это:

- несвоевременно поздняя замена неэффективной терапии;
- неправильный выбор методов лекарственной терапии – неэффективная терапия;
- недостижение степени запланированного результата – прогрессирование ЗНО ввиду неэффективной лекарственной терапии.

На необходимость и обязательность оценки эффекта химиотерапии в соответствии с существующими системами оценки указывают работы ведущих онкологов мира и России последних пяти лет. Предлагаем экспертам системы ОМС ознакомиться с практическими выводами по обязательному использованию систем контроля и оценки эффективности лекарственной терапии, а также с необходимостью выявления дефектов в оказании онкопомощи, связанной с отсутствием или ненадлежащей оценкой эффективности терапии, и соответствующими формулировками экспертных заключений.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», д.м.н., профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медпомощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Устюгов Антон Владимирович

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское страхование», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19

В теории и практике контроля и оценки эффективности лекарственной терапии в онкологии выделяются два взаимно дополняющих друг друга принципа, по сути – две стороны одной медали:

- использование специальных инструментальных (по данным компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с КТ (ПЭТ/КТ)) и лабораторных (по данным динамики уровня онкомаркеров) систем контроля эффективности применяемых схем лечения;
- использование данных клинических рекомендаций (КР) о наиболее эффективных схемах лекарственного лечения конкретного ЗНО на основе доказательных исследований, которые также требуют контроля эффективности.

С.П. Гележе и соавт. (2014) сообщили о необходимости использования современных критериев лучевой диагностики в оценке эффективности специального противоопухолевого лечения. Одной из самых важных целей лучевой визуализации в онкологии является оценка ответа опухоли на терапию. Возникла потребность в создании точных критериев ответа ЗНО на лечение. В 2000 г. Европейской организацией по исследованию и лечению рака (European Organisation for Research and Treatment of Cancer – EORTC), Национальным институтом злокачественных новообразований США (National Cancer Institute – NCI), а также Национальным онкологическим институтом Канады (National Cancer Institute of Canada) была предложена система критериев ответа солидных опухолей на терапию – RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors), в 2009 г. она была модифицирована в систему RECIST 1.1, учитывающую особенности новейших технологий лучевой визуализации, таких как мультидетекторная КТ, на основании выборки более 6 500 пациентов. Появилась четкая система оценки лимфатических узлов, которые теперь тоже могли оцениваться в качестве таргетных очагов.

А.А. Тицкая (2009) указывала на целесообразность клинического использования радионуклидных исследований в комплексной диагностике и при оценке эффективности неоадьювантной химиотерапии рака молочной железы.

А.А. Клименко и соавт. (2014) опубликовали методику проведения КТ и анализ оценки эффективно-

сти таргетной терапии метастатического рака почки по критериям RECIST. В ходе проводимого мониторинга за лечением у больных почечно-клеточным раком благодаря разработанным критериям были определены результаты терапии в виде улучшения (уменьшения размеров очагов или их исчезновения – частичный или полный ответ при уменьшении суммы размеров очагов на 30%), стабилизации (размеры опухолевых очагов остаются прежними от начала лечения) или ухудшения, или прогрессии заболевания (появление новых опухолевых очагов или увеличение размеров очагов больше 20%). Авторы пришли к выводу: стандартизированная система исследований и контроля за размерами и количеством очагов метастазов RECIST позволяет унифицированно делать выводы об эффективности проводимого лечения и вовремя назначить другую терапию при неэффективности предшествующего лечения, что улучшает показатели выживаемости при данной нозологии.

Н.А. Мещерякова и соавт. (2016) указали на роль ПЭТ/КТ в диагностике и оценке эффективности лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ): доказана важная роль ПЭТ/КТ в оценке эффективности лечения НМРЛ. Исследования показали, что выполнение ПЭТ/КТ после курса химиотерапии и/или лучевой терапии позволяет получить дополнительную прогностически значимую информацию, указывающую на безрецидивную выживаемость. В дополнение к оценке результатов неоадьювантной химиотерапии при НМРЛ, ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ показала свою значимость в мониторинге опухолевого процесса при лечении таргетными препаратами, например ингибиторами тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста. Таким образом, ПЭТ/КТ играет важную роль в первичной диагностике и ранней оценке эффективности лечения НМРЛ, обладая наиболее высокой чувствительностью и специфичностью.

А.А. Румянцев и С.А. Тюляндин (2016) оценивали литературные и собственные данные по эффективности иммунотерапии в лечении солидных опухолей. Внедрение в клиническую практику иммунотерапевтических препаратов, которые не обладают прямым противоопухолевым действием, но восстанавливают реактивность иммунной системы организма, показало, что применение стандартных критериев RECIST для оценки их эффективности обладает рядом недостатков. Иммунный ответ организма характеризуется инфильтрацией опухоли лимфоцитами и развитием

в ней воспалительных изменений, на фоне которых возможно увеличение размеров первичной опухоли и выявленных метастатических очагов, а также появление не визуализировавшихся ранее метастазов. В проведенных исследованиях было показано, что на фоне проведения иммунотерапии такие изменения не всегда означают прогрессирование заболевания – во многих случаях они являются предвестниками объективного ответа, для реализации которого требуется большее количество времени. Возможность подобного роста создает дополнительные трудности при лечении пациентов, так как его сложно отличить от истинного прогрессирования заболевания вследствие неэффективности терапии при использовании традиционных критериев оценки ответа. Выделены четыре основные разновидности ответа на иммунотерапию: 1) уменьшение размеров существующих очагов без возникновения новых; 2) длительная стабилизация размеров опухоли с последующим уменьшением ее в размерах (в некоторых случаях); 3) уменьшение в размерах опухоли после первоначального их увеличения; 4) уменьшение в размерах некоторых очагов при появлении новых. Все вышеперечисленные варианты являются разновидностями ответа на иммунотерапию, которые не означают прогрессирования заболевания.

О.Н. Чернова и соавт. (2017) представили критерии оценки эффективности системы RECIST 1.1 в оценке опухолей легких для практических врачей. Авторы полагают, что отсутствие стандартов описания и измерения опухолей приводит к диагностическим ошибкам, дублированию исследований, задержке начала лечения или принятия решения об изменении схемы лечения. В связи с этим целью исследования авторов было определение требований к выполнению мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) и правил измерения опухолевых очагов в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере (ЧОКОД), где более 30% МСКТ-исследований выполняется с целью оценки динамики опухолевого процесса в ответ на лекарственное лечение. Авторы пришли к выводу, что около 50% протоколов ранее выполненных МСКТ грудной клетки по поводу рака легкого непригодны для оценки первичного очага, поражения лимфоузлов и динамики опухолевого процесса. Оценка динамики опухолевого процесса, согласно критериям RECIST 1.1, базируется на следующих положениях: уменьшение опухолевой массы лучше любого другого биомаркера коррелирует с об-

щей выживаемостью, временем до прогрессирования и т.д.; фундаментальный подход – анатомическая одномерная оценка опухолевой массы. Авторы полагают, что КТ является лучшим доступным и воспроизводимым методом для измерения поражений, отобранных для оценки ответа; ультразвуковое исследование (УЗИ) не может применяться в качестве метода измерения; МРТ показывает отличное контрастное, временное и пространственное разрешение, однако имеется множество факторов, влияющих на качество изображения, четкость очагов и измерение, а в целом методика трудно воспроизводима; МРТ грудной клетки не рекомендуется; ФДГ-ПЭТ может быть полезной в дополнение к КТ при оценке прогрессирования; скintiграфия, ПЭТ, рентгенография – методики, полезные для выявления поражений костей, но недостаточные для измерения этих поражений. Для достижения оптимальных условий оценки динамики опухолевого процесса необходимо использовать: один и тот же аппарат; один и тот же протокол сканирования; одну и ту же толщину среза (не более 5 мм); одни и те же границы области сканирования; одно и то же положение пациента; только болюсное контрастирование, причем с одними и теми же объемами вводимого контраста, концентрацией йода, скоростью введения контраста; один и тот же врач должен оценивать каждое последующее исследование; очень важным моментом при оценке очагов является их измерение в одной и той же фазе контрастирования, т.к. отступление от этого правила может привести к ошибкам в заключении о динамике процесса; измерение размеров по компьютерным томограммам необходимо выполнять в одном и том же режиме просмотра, указывая его в протоколе описания (возможны существенные отличия размеров очагов у одного и того же пациента при измерениях в различных режимах просмотра – мягкотканном и легочном: псевдоувеличение размеров очагов в мягкотканном и легочном режимах просмотра составляет 20% и отвечает критериям прогрессирования согласно RECIST).

И.В. Самойленко и соавт. (2014–2016) представили результаты эффективности ипилимумаба в лечении метастатической меланомы:

- при монотерапии ниволумабом медиана времени до прогрессирования составила 6,9 месяца;
- при комбинированном лечении ипилимумабом и ниволумабом – 11,5 месяца;

- при монотерапии ипилимумабом – 2,9 месяца.

Частота объективных ответов на лечение также оказалась статистически значимо выше при лечении ниволумабом в комбинации либо в монотерапии. Частота объективных ответов на лечение ипилимумабом, ниволумабом и их комбинацией в зависимости от экспрессии PD1 в опухолях:

- 1 при экспрессии в опухоли PD-L1 >5% объективный ответ опухоли:
 - при монотерапии ниволумабом – 57,5%;
 - при комбинации ниволумаб + ипилимумаб – 72,1%;
 - при монотерапии ипилимумабом – 21,3%;
- 2 при экспрессии в опухоли PD-L1 <5% объективный ответ опухоли:
 - при монотерапии ниволумабом – 41,3%;
 - при комбинации ниволумаб + ипилимумаб – 54,8%;
 - при монотерапии ипилимумабом – 17,8%.

Данное исследование показало преимущество комбинации двух иммуноонкологических препаратов ниволумаб + ипилимумаб в сравнении с монотерапией любым из них, преимущество монотерапии ниволумабом над монотерапией ипилимумабом. Применение комбинации двух лекарств ниволумаб + ипилимумаб сопровождалось большей частотой нежелательных явлений 3–4-й степени (68,7% в группе комбинации по сравнению с 43,5% в группе монотерапии ниволумабом и 55,6% в группе монотерапии ипилимумабом). Комбинация пембролизумаба (другого ингибитора молекулы PD1) и ипилимумаба была изучена в исследовании меньшего масштаба, но также оказалась переносимой и приводила к уменьшению размеров опухоли у 81% пациентов с метастатической меланомой. Из режимов монотерапии наиболее эффективной оказалась режим терапии пембролизумабом в дозе 10 мг/кг каждые 2 недели (время до прогрессирования составила 5,5 месяца при частоте объективных ответов на лечение 33,7%) в сравнении с режимом терапии пембролизумабом в дозе 10 мг/кг каждые 3 недели (4,1 месяца при частоте объективных ответов на лечение 32,9%) или только ипилимумабом в дозе 3 мг/кг каждые 3 недели (всего не более 4 введений) (2,8 месяца при частоте объективных ответов на лечение 11,9%). Авторы пришли к выводу: следует признать, что именно с появлением ипилимумаба в реальной практике появились больные диссеминированной меланомой, которые живут

более 5 лет, а доля этих больных может достигать 20%. Несмотря на то что частота полных ответов (полный регресс опухоли) на лечение составляет 0,6%, общая выживаемость больных со стабилизацией или частичным ответом на лечение может составлять более 7 лет.

И.В. Бойков и соавт. (2017) изучали роль совмещенной ПЭТ/КТ в контроле лечения рака легкого: применение совмещенной ПЭТ/КТ значительно повышает эффективность оценки комбинированного лечения злокачественных образований легкого.

А.А. Оджарова и соавт. (2017) представили клиническое наблюдение роли совмещенной ПЭТ/КТ в оценке эффективности таргетной терапии при раке щитовидной железы (РЩЖ): результаты динамических ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ в оценке эффективности терапии сорафенибом у пациентки с радиоiod-резистентным папиллярным РЩЖ показали, что ПЭТ с 18F-ФДГ могут быть массово применены в процессе оценки эффективности таргетной терапии.

Д.И. Юдин и соавт. (2017) представили данные о системах критериев оценки ответа солидных опухолей при лечении иммуноонкологическими препаратами: критерии эффективности, применяемые при оценке химиотерапевтических препаратов, могут привести к значительным сложностям и ошибкам интерпретации ответа на иммунотерапию. Учитывая это, очень важно выбрать соответствующие критерии оценки. Адаптация критериев RECIST 1.1 в IrRECIST является эволюционным шагом на пути к дальнейшей оптимизации подхода к оценке эффективности лечения у пациентов, получающих иммунотерапию. При правильной оценке эффективности химиотерапевтических препаратов сократится число случаев раннего и необоснованного прекращения лечения пациентов современными эффективными препаратами и смены режимов терапии на менее эффективные и в большинстве случаев более токсичные схемы химиотерапии. В системе оценки IrRECIST постарались сохранить преимущества RECIST 1.1, преодолев ее недостатки, связанные с оценкой эффективности иммунотерапии. Предполагается, что данная система оценки будет наиболее адекватна для исследований иммуноонкологических препаратов и, что принципиально, совместима с наиболее распространенной системой RECIST.

А.В. Тихомирова (2019) представила обзор критериев оценки клинической эффективности противо-

опухолевых лекарственных средств. К «пациентоориентированным» критериям автор относит: 1) общую выживаемость (overall survival) – показатель в качестве первичной конечной точки является «золотым стандартом», демонстрирующим клиническую эффективность противоопухолевой терапии для пациентов. Показатель общей выживаемости определяют как время от момента случайного нахождения опухоли (рандомизации) или начала терапии до момента смерти пациента, независимо от причины; 2) качество жизни пациента (КЖ; англ. Quality of Life – QoL): в клинических исследованиях противоопухолевых лекарственных препаратов особое значение придается показателю КЖ пациентов, оценивающему субъективный ответ на лечение с помощью специальных анкет, которые заполняются в процессе лечения. В последние годы термин «качество жизни» широко используется в мировой медицинской практике. Данный термин был введен после принятия ВОЗ определения здоровья (1948 г.) и оценки статуса больного человека по шкале Карновского (1949 г.). Онкологи и Американское общество клинической онкологии (American Society of Clinical Oncology – ASCO) рассматривают показатель QoL в качестве возможного варианта первичной конечной точки в онкологических клинических исследованиях, обладающей двумя преимуществами: сокращением длительности исследования и возможностью оценки клинической эффективности терапии для пациента. К «опухолеориентированным» критериям автор относит: 1) выживаемость без прогрессирования заболевания (ВВП, англ. progression free survival) – данным термином называют период времени от момента случайного нахождения опухоли (рандомизации) до момента рецидива опухоли или смерти по любой причине после получения противоопухолевой терапии; 2) объективный ответ (objective response rate) – методика оценки эффективности цитотоксической терапии солидных опухолей по шкале прогрессирования – критерии оценки ответа солидных опухолей RECIST (версия RECIST 1.1). Опухоли оцениваются как измеряемые (20 мм или более при стандартном исследовании, 10 мм при использовании спиральной КТ) либо неизмеряемые (меньше размеров, указанных выше). Определяют наибольший диаметр 5 очагов поражения (до 2 в одном органе или до 5 в различных органах). Сумма диаметров опухолей до лечения рассматривается как базовый показатель и сравнивается с таковым после лечения. Таким образом, критерии оценки объективного ответа по шкале RECIST 1.1, на основании которых делается заключение об эффективности терапии, включают в себя следующие

показатели: полный ответ (CR, complete response) – исчезновение всех очагов поражения на срок не менее 4 недель; частичный ответ (PR, partial response) – уменьшение измеряемых очагов на 30% или более; стабилизация заболевания (SD, stable disease) – нет уменьшения, достаточного для оценки как частичный эффект, или увеличения, которое можно оценить как прогрессирующее; прогрессирующее заболевание (PD, progressive disease) – увеличение на 20% наименьшей суммы очагов поражения, зарегистрированной за время наблюдения, или появление новых очагов. Необходимой минимальной продолжительностью лечебного эффекта считают 4 недели, при этом объективный ответ рассчитывается как сумма полного и частичного ответов (CR + PR). Для иммуноонкологических препаратов в 2013 г. появились обновленные критерии оценки ответа солидных опухолей на иммунотерапию (iRECIST). Обновление было связано с тем, что раннее увеличение размера опухоли или появление новых очагов классифицируется как прогрессирующее заболевание. Однако клинический опыт показал, что полный и частичный ответы или стабилизация заболевания могут быть достигнуты после первоначального увеличения опухоли при применении иммуноонкологических препаратов. Таким образом, правила измерения и оценки результатов аналогичны шкале RECIST 1.1, за исключением некоторых принципиальных отличий: появление новых очагов не является прогрессирующим, размеры диаметров новых очагов прибавляются к общей сумме таргетных очагов, окончательная оценка ответа опухоли требует подтверждения через 4 недели. Кроме того, при оценке эффективности лечения некоторых форм ЗНО учитывается динамика биохимических и других лабораторных показателей, в частности, онкомаркеров (РЭА – раково-эмбрионального антигена; ПСА – простатспецифического антигена; СА-125 – маркера рака яичников и др.). Объективная оценка противоопухолевого действия позволяет своевременно изменить или прекратить химиотерапию при ее неэффективности; 3) субъективный ответ (subjective response rate) оценивают по изменению статуса, уменьшению или исчезновению симптомов заболевания (в частности, боли) и изменению массы тела. Статус больного (Performance status) оценивают до начала лечения, в процессе лечения и после его окончания по 5-степенной системе ВОЗ (ECOG-WHO, Eastern Cooperative Oncology Group – World Health Organization), представляющей собой модификацию шкалы Карновского. Для характеристики болевого синдрома, аппетита и функции органов рекомендуется следующая шкала: 0 – нет симптомов,

1 – умеренные симптомы, 2 – симптомы средней выраженности, 3 – тяжелые симптомы, 4 – особенно тяжелые симптомы, угрожающие жизни.

В.А. Гомболевский и соавт. (2018) представили Методические рекомендации № 46 ДЗМ «Применение критериев ответа солидных опухолей на химиотерапевтическое лечение (RECIST 1.1)». Критерии оценки ответа опухолей на лечение RECIST 1.1 предназначены исключительно для оценки солидных новообразований и не применяются для оценки эффективности лечения при следующих заболеваниях: лимфомы (альтернатива – критерии Cheson); опухоли головного мозга (альтернатива – критерии RANO); гепатоцеллюлярный рак (альтернатива – критерии mRECIST); гастроинтестинальные стромальные опухоли (альтернатива – критерии Choi).

Ключевые этапы оценки динамики заболевания по RECIST

- I. Оценка первичного исследования. Включает в себя: поиск измеряемых очагов; выбор целевых и нецелевых образований; измерение целевых образований; определение суммарной опухолевой массы.
- II. Оценка контрольного исследования. Включает в себя: измерение целевых образований; оценку нецелевых образований и поиск новых очагов; расчет ответа опухоли в зависимости от временной точки.
- III. Требования к параметрам сбора данных:
 - 1 Для КТ: толщина среза более 5 мм; использование внутривенного контрастного усиления (трехфазное для оценки очагов в печени); поле обзора должно включать кожу.
 - 2 Для МРТ: рекомендуется выполнение аксиальных T1-ВИ и T2-ВИ, аксиальных T1-ВИ после введения контрастного препарата; толщина среза менее 5 мм; выполнение контрольных исследований на одинаковых аппаратах.
 - 3 Для ПЭТ/КТ: КТ-часть ПЭТ/КТ обычно имеет низкое качество и не должна использоваться для оценки динамики очагов по сравнению с КТ диагностического качества; в случае если КТ-часть имеет высокое качество, выполнена с внутривенным контрастным усилением, допустимо сравнение с осторожностью.
 - 4 Использование рентгенографии грудной клетки, УЗИ не рекомендуется по причине слабой воспроизводимости методов.

IV. Понятие измеряемых образований. Объемное образование более 10 мм с наибольшим диаметром на аксиальной реконструкции КТ или МРТ с толщиной среза менее 5 мм; лимфатические узлы более 15 мм по короткой оси на КТ или МРТ.

V. Понятие неизмеряемых образований. К неизмеряемым следует относить все прочие проявления онкологического процесса, размеры которых невозможно точно измерить: очаги менее 10 мм; лимфатические узлы 10–14 мм по короткой оси; легтотоменингеальные метастазы; асцит, плевральный и перикардиальный выпот; лимфогенный канцероматоз; органомегалию.

VI. Целевые очаги. Из общего количества измеряемых очагов отбираются целевые очаги, по которым в дальнейшем количественно оценивается динамика заболевания. Прочие (нецелевые очаги) оцениваются качественно.

Критерии отбора целевых очагов: 1. Не более 5 очагов в организме, не более 2 в одном органе (парные органы считаются одним органом). 2. Рекомендуется измерение наибольших очагов, оценка размеров которых наиболее воспроизводима. Учитывается наибольший диаметр опухолевого очага (аксиальная реконструкция). Учитывается размер лимфатического узла по короткой оси. Продуктом всех измерений является «сумма наибольших размеров». Не следует относить к целевым очагам опухолевые образования, которые подвергались лучевому лечению. Следует включать в измерение кольцо периферического контрастного усиления.

Оценка динамики очагов в каждой временной точке:

- требуется измерять выбранные ранее целевые образования (даже если они не являются наибольшими при контрольном исследовании);
- рекомендуется оценивать все ранее выявленные нецелевые образования;
- поиск новых явных опухолевых образований.

Правила оценки целевых образований:

- измерения наибольшего размера производятся для каждого целевого образования;
- лимфатические узлы измеряются по короткой оси;
- все измерения суммарно складываются в сумму наибольших размеров;
- если очаг слишком мал для измерения, его размер принимается за 5 мм;
- если очаг исчез полностью, его размер считается равным 0.

Слияние или разделение очагов: если целевой очаг разделяется на более мелкие, измеряется сумма наибольших размеров всех мелких очагов; если целевые очаги сливаются в один, измеряется наибольший размер сливного очага.

VII. Оценка целевых образований по RECIST 1.1.:

- 1 *Полный ответ*: исчезновение всех экстранодальных целевых образований; все патологические лимфатические узлы должны уменьшиться до менее 10 мм по короткой оси в абсолютном значении.
- 2 *Частичный ответ*: уменьшение суммы наибольших размеров очагов более чем на 30%; для сравнения берется первичное исследование.
- 3 *Прогрессирование заболевания*: увеличение суммы наибольших размеров не менее чем на 20% по сравнению с временной точкой, имеющей наименьшую сумму наибольших размеров (надир); также сумма наибольших размеров должна демонстрировать абсолютное увеличение размеров не менее чем на 5 мм; достоверное появление нового опухолевого очага.
- 4 *Стабильный процесс* – все прочие случаи.

VIII. Оценка нецелевых образований.

- 1 *Полный ответ*: исчезновение всех экстранодальных нецелевых очагов; все лимфатические очаги должны быть нормальных размеров (10 мм по короткой оси в абсолютном значении); нормализация уровня опухолевых маркеров.
- 2 *Прогрессирование заболевания* – бесспорное прогрессирование нецелевых очагов.

IX. Критерии оценки новых опухолевых очагов:

- находка нового опухолевого очага должна быть бесспорной; очаг ни при каких условиях не может иметь иной генез;
- очаг может не соответствовать критериям «измеряемого»;
- если появление нового очага является сомнительным, следует продолжить его контроль до следующей временной точки. При подтверждении данных о новом опухолевом очаге датой прогрессирования заболевания считается первое исследование, выявившее новый очаг;
- опухолевые очаги, обнаруженные в анатомических локализациях, не вошедших в зону исследования при первом сканировании, считаются новыми. Вновь появившийся целевой опухолевый очаг должен быть измерен и добавлен к сумме наибольших размеров. При выставлении «стабильного процесса» при предыдущей

временной точке вновь появившийся целевой опухолевый очаг соответствует прогрессирующему заболеванию.

Рекомендации по использованию ПЭТ/КТ с ФДГ при оценке новых очагов: 1. Очаг считается «ФДГ-положительным» в случае, если гиперфиксация РФП в нем более чем в 2 раза превышает окружающую ткань. 2. Случай, когда очаг ФДГ-положителен при настоящем исследовании и ФДГ-негативен при предыдущем, считается прогрессированием заболевания (равнозначно появлению нового опухолевого очага). 3. Если ПЭТ/КТ с ФДГ выполнена для контроля заболевания впервые, то ФДГ-положительные очаги при наличии соответствующих очагов на предыдущем КТ не соответствуют прогрессированию заболевания.

X. Особые типы объемных образований: 1. Костные очаги. Остеосцинтиграфия, как и ПЭТ/КТ, может быть использована для оценки появления/исчезновения очагов, но не для оценки их размеров; измеряемым является только мягкотканый компонент остеолитического очага; остеобластические очаги являются неизмеряемыми образованиями. 2. Кистозные очаги. Использование кистозных очагов в качестве измеряемых объемных образований не рекомендуется.

А.В. Новик (2018) в работе «Принципы современной иммунотерапии» указывал, что необходимость оценки ответа на терапию происходит из ограниченной эффективности всех существующих методов лекарственного лечения злокачественных опухолей. При неэффективности терапии логично изменение лечебной тактики. Трудность оценки результатов лечения больных с отсутствием либо полного регресса, либо бурного прогрессирования процесса, а также потребность в сравнении результатов исследований различных противоопухолевых препаратов привели к идее разработки унифицированной системы оценки эффекта. Дальнейшие исследования и адаптация системы RECIST к иммунотерапевтическим подходам привели к независимому созданию нескольких новых систем оценки, в т.ч. IRECIST (Immune-Related Response Evaluation Criteria In Solid Tumors).

Т.А. Агабабян и соавт. (2019) сообщили о возможностях и ограничениях КТ-оценки неоадьювантной химиолучевой терапии рака желудка: в руках клиницистов-онкологов недостаточно методов для объективной оценки «поведения» опухоли под влиянием неоадьювантной терапии. Но на сегодняш-

ний день наиболее точным и полезным является КТ. КТ-исследование в динамике значительно расширяет возможности оценки эффектов неoadъювантной химиолучевой терапии рака желудка. Совокупность клинических и инструментальных методов, дополненная КТ, позволяет подойти к объективной количественной оценке регрессии опухоли. Точное измерение опухоли дало нам возможность оценить эффективность лечения по критериям RECIST 1.1.

А.Д. Каприн и Н.И. Рожкова (2018) указали, что для мониторинга опухолевого процесса и эффективности лечения в настоящее время также используется **анализ уровня антигенных онкомаркеров** в периферической крови методами иммуноферментного или радиоиммунного анализа. Для антигенных маркеров в случае рака молочной железы применяется, как правило, следующий алгоритм:

- 1) до начала исследования измеряют уровни маркеров СА15-3, КЭА (СЭА, РЭА), ТРА (ТПА), СА72-4, СА27-29 (Truquant BR), наиболее часто изменяющихся при раке молочной железы, и определяют спектр измененных маркеров;
- 2) через 2–3 недели после операции определяют повторно уровень тех маркеров, которые были изменены; если хотя бы один из них повышен, это может являться показателем нерадикальности лечения;
- 3) исследуют уровень маркеров каждые 4–6 месяцев; повышение уровня свидетельствует о наступлении рецидива (за 3–6 месяцев до начала клинических проявлений);
- 4) определяют уровень маркеров на фоне проводимого лечения (химио- или лучевого), что является маркером эффективности терапии.

Д.Я. Иозефи и соавт. (2018; 2019) изучали возможности МРТ в оценке ответа опухолевой ткани на химиолучевое лечение при раке прямой кишки и анального канала: проведены анализ значений измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) в оценке лечебного ответа опухоли при раке прямой кишки и анального канала и определение возможности его использования как фактора оценки изменений в опухоли после химиолучевого этапа лечения. Изучалась реакция опухоли на химиолучевое лечение по RECIST 1.1 через 4–6 недель после завершения лучевой терапии. Полный ответ не отмечен. Частичный ответ (уменьшение суммы диаметров очагов не менее чем на 30%) отмечался у пациентов с аденокарциномами

ампулы прямой кишки в 90% случаев и у 80% пациентов с поражением анального канала. Стабилизация заболевания отмечена у 6% пациентов при опухоли ампулы прямой кишки и у одного пациента с вовлечением анального канала и тканей перианальной области. Прогрессирование заболевания (увеличение на 20% суммы диаметров основных очагов, появление новых очагов) отмечено у одного больного (3%) при опухоли ампулярного отдела и у одного больного (6%) раком анального канала. Оценка значений измеряемого коэффициента диффузии в сочетании с RECIST 1.1 информативна и позволяет оценить клинический эффект проводимого лечения до выполнения хирургического лечения. Динамика наблюдаемого процесса и МРТ-оценка лечебного патоморфоза может служить аргументом для принятия решения о хирургической тактике, завершении или продолжении курсов химиотерапевтического лечения.

А.О. Хоров и Н.И. Грек (2019) изучали ответы опухоли на неoadъювантную химиотерапию при раке молочной железы с помощью клинических и патоморфологических критериев. Авторы оценивали иммуногистохимический статус опухолей, а также ответ на неoadъювантную химиотерапию с использованием критериев RECIST 1.1 и патоморфологической классификации Лавниковой–Miller–Payne. Полная клиническая регрессия опухоли наблюдалась в 31,6% случаев, а полный патоморфологический регресс – в 15,8%. Изменение иммунофенотипа опухоли после неoadъювантной химиотерапии происходило разнонаправленно. Авторы сделали выводы: патоморфологическое изучение остаточной опухоли – важная составляющая в первичной оценке эффективности неoadъювантной химиотерапии; снижение показателя Ki-67 указывает на позитивный ответ опухоли на неoadъювантную химиотерапию.

А.А. Трякин и соавт. (2020–2022) в разделе «2.5. Оценка эффективности лечения» Практических рекомендаций по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) указали: «Плановая оценка эффективности химиотерапии выполняется каждые 6–12 недель (в зависимости от вида опухоли и задач терапии), эндокринной и иммунотерапии – каждые 8–16 недель, внеплановая оценка проводится по показаниям, в частности при подозрении на прогрессирование болезни. Интервал в оценке эффективности лечения при проведении адъ-

ювантной терапии раннего рака молочной железы может достигать 6 месяцев в связи с низким риском развития рецидива. Ориентиром для оценки эффекта лечения могут служить международные критерии оценки ответа солидных опухолей на терапию RECIST (последняя версия 1.1. от 2016 г.), разработанные исходно для клинических исследований и основанные на определении размера опухоли методами лучевой диагностики (КТ, МРТ). На практике для оценки эффективности лечения допустимо применение методов ультразвуковой диагностики, планарной рентгенографии, эндоскопии и объективного физикального обследования. Для получения достоверных данных о динамике процесса необходимо использовать один и тот же диагностический метод, выбранный до начала терапии и позволяющий качественно визуализировать опухолевые очаги, с подробным описанием выявленных изменений в процессе лечения.

2.5.1. Критерии RECIST 1.1. Современными критериями ответа опухоли на терапию являются критерии RECIST 1.1 от 2009 г. Основу оценки составляет определение размера опухоли с помощью методов лучевой диагностики (рентгенографии, КТ, МРТ) в соответствии с «Методическими рекомендациями по применению критериев ответа солидных опухолей на химиотерапевтическое лечение (RECIST 1.1) ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (2018 г.)».

Д.И. Юдин и соавт. (2019) представили обзор феномена псевдопрогрессирования опухоли на фоне иммунотерапии. Авторы признают, что в настоящее время наблюдается значительный рост интереса к иммунотерапии, что связано с эффективностью, прежде всего, ингибиторов контрольных точек (анти-CTLA4, анти-PD1/анти-PD-L1 препаратов). Данные препараты применяются при лечении меланомы, рака легкого, рака почки, гепатоцеллюлярного рака; перечень нозологий в показаниях к применению постоянно расширяется. Иммунные контрольные точки являются частью естественного механизма торможения избыточного иммунного ответа. В здоровом организме этот механизм предотвращает развитие аутоиммунных реакций, а при развитии злокачественной опухоли блокирует противоопухолевую активность лимфоцитов, что позволяет опухоли ускользать из-под надзора иммунной системы. Таким образом, из-за косвенного, непрямого воздействия препаратов на опухолевую ткань требуется время для реализации ответа. Вместе с тем приме-

нение данной группы лекарственных средств может сопровождаться ложным увеличением размеров опухолевого очага за счет лимфоидной инфильтрации, которая со временем самостоятельно разрешается на фоне продолжения иммунотерапии. Данный феномен получил название «псевдопрогрессирование» и вызывает огромный интерес у клиницистов. По представленным авторами данным, феномен псевдопрогрессирования не является очень частым – 0,6–5% при НМРЛ и до 8,9% при меланоме, а также встречается редко при почечно-клеточном раке и раке яичника при иммунотерапии ниволумабом, ипилимумабом и пембролизумабом, для оценки эффективности которых используется система оценки IRECIST. Принципиальным моментом для принятия решения является рекомендация по продолжению иммунотерапии на фоне псевдопрогрессирования до повторного рентгенологического подтверждения факта истинного прогрессирования. Также критически важными оказываются субъективная клиническая оценка врачом вероятной пользы от продолжения иммунотерапии и отсутствие значимого ухудшения общего состояния пациента.

F.S. Hodi и соавт. (2018) сообщили об оценке ответа солидных опухолей на иммунотерапию (imRECIST). Авторами была проанализирована система оценки imRECIST (immune-modified RECIST), разработанная с учетом механизма действия иммунотерапевтических препаратов и особенностей ответа на них ЗНО, и данные клинических исследований по изучению атезолизумаба у больных НМРЛ, метастатической уротелиальной карциномой, почечно-клеточным раком и меланомой. Различия в системах оценки касались возможности достижения максимального ответа после прогрессирования заболевания и изменения представления о прогрессировании заболевания (оценка новых очагов и нетаргетных очагов). При расчете ВВП в случае, когда при повторной последовательной оценке прогрессирование не подтверждалось, первичное его выявление не учитывалось. Отдельно рассчитывалась общая выживаемость больных, у которых показатель ВВП, оцененный с помощью imRECIST и RECIST 1.1, был разным. В сравнении с RECIST 1.1, при оценке по системе imRECIST частота максимального ответа была на 1–2% выше, частота контроля заболевания на 8–13% больше, а медиана ВВП была на 0,5–1,5 месяца длиннее. Удлинение ВВП увеличивало или оставляло без изменений общую выживаемость. При оценке прогрессирования

заболевания оказалось, что у пациентов, у которых появились новые очаги, но остались без изменения таргетные очаги, общая выживаемость была сопоставима или меньше этого показателя у больных, имеющих прогрессирование заболевания за счет таргетных очагов, оцененных по RECIST 1.1. У больных редко возникало увеличение таргетных очагов с последующим их уменьшением, но общая выживаемость таких пациентов была выше, чем больных, у кого подобной реверсии таргетных очагов не было. Оценка ВВП, а также критериев ответа и прогрессирования позволила предположить, что допущение реверсии таргетных очагов после прогрессирования заболевания (imRECIST) поможет идентифицировать больных, имеющих выигрыш в общей выживаемости. Напротив, прогрессирование заболевания за счет изолированного появления новых очагов не связано с увеличением общей выживаемости.

Ж.Ж. Жолдыбай и соавт. (2021) представили обзор литературы по проблеме радиологической оценки опухолевого ответа на химиотерапию: в онкологической практике большое значение имеет правильная оценка опухолевого ответа на лечение. В настоящее время, благодаря развитию методов противоопухолевого лечения, число выживших после рака постоянно увеличивается. Определение изменений опухолевого роста является важной характеристикой клинической оценки терапии рака – как уменьшение размеров опухоли (объективный ответ), так и прогрессирование заболевания являются полезными конечными точками клинических исследований. В 2009 г. критерии RECIST 1.0 были пересмотрены и дополнены новыми данными RECIST 1.1. Авторы считают, что ПЭТ/КТ признан точным методом визуализации для ответа на лечение рака: если положительный результат ПЭТ при последующем наблюдении соответствует новому очаговому поражению на КТ, это прогрессирование заболевания; если положительный результат ПЭТ при последующем наблюдении не подтверждается как новый очаг на КТ, необходимы дополнительные последующие КТ-обследования, чтобы определить, действительно ли происходит прогрессирование (если да, то это прогрессирование заболевания будет датой первоначального ПЭТ-сканирования); если положительный результат ПЭТ при последующем наблюдении соответствует предварительно существующему участку заболевания на КТ, который не прогрессирует на основе анатомических изображений, это не прогрес-

сирование заболевания. ПЭТ/КТ имеет потенциал в качестве инструмента оценки для описания биологического поведения опухоли и отражения прогрессирования заболевания, локализации и реакции на лечение. Этот метод может предоставить полезную информацию для рассмотрения прогноза и последующей терапии. МРТ решает вопрос о некрозе и кровоизлиянии в опухоль mRECIST 1.1. На T1-ВИ без контрастирования – гиперинтенсивный сигнал с гипоинтенсивным ободком вокруг. На T1-ВИ с контрастированием – гипоинтенсивный сигнал. До начала лечения метастазы печени являются изоденсными или слабо гиперденсными, не визуализируются на сканах. Антиангиогенез-химиотаргетная терапия приводит к снижению плотности метастазов, и они становятся видными на КТ-сканах после лечения. Важно помнить, что положительный ответ на химиотаргетное лечение для метастазов печени проявляется увеличением размера опухоли, снижением плотности метастатического очага. Причина – снижение васкуляризации опухоли вследствие терапии. Увеличение плотности метастатического очага через 4–6 недель после начала лечения появляется из-за наличия кровоизлияния в опухоль – режим T1-ВИ МРТ с контрастированием или ПЭТ/КТ помогут установить истинную причину. RECIST рекомендуется для оценки ответа опухоли на лечение при НМРЛ.

Недостатки RECIST для НМРЛ:

- оценка ответа опухоли на лечение основывается только на измерении размера опухоли – КТ имеет ограничения в дифференциации некротической опухолевой ткани, фиброза и остаточной опухолевой ткани;
- объективный ответ опухоли на химиотерапию в платиновом режиме находится в диапазоне всего 20–40% для распространенных форм НМРЛ, отмечается относительно медленная регрессия опухоли, измеренной на изображениях КТ, – так может пройти несколько курсов химиотерапии без явного клинического эффекта. Хотя известно, что раннее прогнозирование ответа опухоли имеет особое значение для пациентов с распространенными формами НМРЛ;
- известно, что таргетная терапия в большинстве случаев обладает скорее цитостатическим, чем циторедуктивным воздействием, – в этом случае даже успешно подобранный таргетный препарат фактически не уменьшит размер опухоли – необходимы другие технологии обработки изображений – ПЭТ/КТ, перфузионная КТ (морфологическая

оценка, цветное картирование скорости кровотока, объем кровотока, пиковое время накопления контраста). Авторы сделали вывод: знание современных критериев оценки лечения солидных опухолей поможет лучевым диагностам правильно интерпретировать результаты исследований.

Е.В. Яременко (2019) указывает на необходимость использования системы оценки ответа ЗНО RECIST 1.1 на терапию и позволяет прогнозировать лучшую выживаемость.

А.В. Новик и соавт. (2019) изучали результаты использования систем оценки эффективности RECIST 1.1 и irRc для оценки ответа опухоли на иммунотерапию ипилимумабом у пациентов с диссеминированной меланомой кожи: авторы считают, что оценка клинического эффекта по любой из систем является удовлетворительным маркером общей выживаемости при использовании ипилимумаба.

В.С. Блинов и соавт. (2020) предоставили результаты изучения критериев ответов метастазов рака почки на таргетную и иммунотерапию. В настоящее время в России для лечения почечно-клеточного рака зарегистрированы следующие таргетные препараты: тирозинкиназные ингибиторы – сунитиниб, сорафениб, пазопаниб, акситиниб, кабозантиниб; моноклональное антитело бевацизумаб (в комбинации с интерфероном- α); ингибиторы mTOR – темсиролимус и эверолимус; иммунопрепараты – интерферон- α , интерлейкин-2; таргетные препараты действуют на неоангиогенез путем ингибирования рецепторов тироксинкиназы, чем вызывают некроз и кистозную дегенерацию опухоли без существенного изменения ее размеров. В настоящий момент основными критериями оценки ответа опухоли на химиотерапию являются критерии RECIST 1.1. Главным принципом оценки прогрессирования либо стабилизации опухоли по этим критериям служат изменения линейных измерений. Антиангиогенная терапия имеет цитостатический, а не цитотоксический механизм действия: стабилизация опухоли имеет место в большинстве случаев, а уменьшение размеров часто менее выражено и происходит поздно, следовательно, критерии RECIST 1.1 имеют тенденцию недооценивать ответ. Некоторые опухоли могут даже демонстрировать раннее увеличение размера из-за некроза. Однако точная оценка ответа на терапию имеет решающее значение для принятия клинических решений отно-

сительно продолжения лечения и изменения линии препаратов. Особенно важно в ранние сроки выявить признаки прогрессирования заболевания для принятия решения о смене терапии. В результате по критериям RECIST 1.1 было зафиксировано: 1) 9,4% метастазов с прогрессированием (размеры метастазов с прогрессированием увеличились в среднем на 97,3%); 2) 4% метастазов с частичным ответом (размеры метастазов с частичным ответом уменьшились в среднем на 38,1%, увеличения размеров зафиксировано не было); 3) метастазов с полным ответом по всем критериям выявлено не было; 4) определено 78,2% метастазов со стабилизацией (размеры метастазов со стабилизацией увеличились не более чем на 19% и уменьшились не более чем на 28%). Ответ метастазов почечно-клеточного рака на иммунотерапию по системе, RECIST 1.1: прогрессирование – 12,5%; частичный ответ – 6,2%; стабилизация – 81,3%; полный ответ – 0%. Ответ метастазов почечно-клеточного рака на таргетную терапию по системе RECIST 1.1: прогрессирование – 6,2%; частичный ответ – 18,8%; стабилизация – 75%; полный ответ – 0%. Критерии RECIST 1.1 не учитывают изменение плотности опухолевых очагов и патоморфоз опухоли в виде изменения степени васкуляризации и некроза, являющегося основой морфологических изменений, происходящих при первичном раке почки и его метастазах на фоне таргетной терапии. Время без прогрессирования у пациентов, получавших иммунотерапию, было ниже, чем у больных, получавших таргетную терапию.

К.В. Меньшиков и соавт. (2020) сообщили о возможности и важности оценки эффективности проводимой терапии сорафенибом и регорафенибом метастатического гепатоцеллюлярного рака по критериям RECIST 1.1 методами ПЭТ/КТ и КТ с болюсным контрастированием.

Продолжение в следующем номере.

Список использованной литературы имеется в редакции и может быть запрошен у авторов.

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ФОМС ПОСЕТИЛИ ПОДШЕФНЫЕ ДОМА РЕБЕНКА



В гости к малышам из «Тульского областного специализированного дома ребенка №1» и «Муромского дома ребенка специализированного» советники председателя ФОМС Галина Антонова и Ольга Коровникова приехали с подарками, которые с любовью приготовили сотрудники Фонда: игрушки, велосипеды, самокаты, развивающие игры, красочные книги альбомы, сладости.

Поездки, как всегда, были очень эмоциональными и добрыми.

В тульском доме ребенка гостям показали спектакль о зайчике, которого лиса выгнала из дома. Маленькие актеры с интересом, вдохновенно играли свои роли, сопереживая героям.

В муромском доме ребенка нарядные дети рассказывали стихи, пели песни, танцевали и радовались,

что к ним в гости пришли Дед Мороз и Снегурочка. Вместе они, хлопая в ладоши, зажгли огоньки на новогодней красавице-ёлке. Свои сладкие подарки дети сразу открыли, но есть не стали, а угостили взрослых. Позже каждый попробовал свои угощения на полдник.

Праздник удался на славу: было радостно видеть, как персонал, переодевшись в костюмы снеговика, елочки, зайчи-ка водит хороводы с детками, загадывает

им загадки, придумывает сценки и играет в снежки. Гостям дети подарили свои рисунки и поделки, из которых в Федеральном фонде ОМС организована выставка.

В тульском и муромском домах ребенка созданы все условия для развития и воспитания детей: с воспитанниками рабо-

тают педиатры, неврологи, дефектологи, психологи, медицинские сестры, музыкальные работники, воспитатели и няни. Вместе они прививают детям семейные ценности и делают все возможное для их развития – проводят музыкальные и физкультурные занятия, отмечают день рождения каждого ребенка, организуют праздники. Малыши ухоженные, развитые, открытые и общительные, умеют читать стихи, любят танцевать и петь.

Хочется сказать огромное спасибо за благородный труд и любовь к детям сотрудникам детских домов ребенка и особенно главным врачам Ирине Ершовой и Валентине Елистратовой. Приоритетом в их работе является создание у детей настоящего ощущения семьи. И это им блестяще удается, что видно по искренним и радостным детским глазам.



Кроме того, ФОМС благодарит руководство и сотрудников Владимирского и Тульского территориальных фондов ОМС, которые постоянно взаимодействуют с подшефными детскими домами, помогают решать возникающие проблемы, регулярно навещают детей.

Но, конечно, даже самый лучший детский дом не заменит ребенку семью. Поэтому каждому нашему подшефному малышу желаем обрести родителей – надежных, любящих и ответственных!



Для оказания помощи воспитанникам

РЕКВИЗИТЫ ГКУЗ ВО «МУРОМСКИЙ ДОМ РЕБЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ»

ГКУЗ ВО «Муромский дом ребенка специализированный»

лицевой счет 03282002160 ИНН 3307015972 КПП 333401001

р/счет 03100643000000012800 к/счет 40102810945370000020

Банк получателя: Отделение Владимир Банка России // УФК по Владимирской области г. Владимир

БИК 011708377 ОКПО 43159805

Главный врач – **Ершова Ирина Аркадьевна** – тел. 3-14-98

Главный бухгалтер – **Капанова Лариса Юрьевна** – тел. 3-20-79

РЕКВИЗИТЫ ГУЗ «ТУЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА № 1»

ГУЗ «Тульский областной специализированный дом ребенка № 1»

Получатель: УФК по Тульской области (Министерство здравоохранения Тульской области)

лицевой счет 04662011590 ИНН 7107006311 КПП 710701001

р/счет 03100643000000016600 к/счет 40102810445370000059

Банк получателя: Отделение ТУЛА БАНКА РОССИИ // УФК по Тульской области г. Тула

БИК 017003983 ОКТМО 70701000 (указывается в 105 поле платежного поручения)

Код доходов бюджета 80420402099020000150 (указывается в 104 поле платежного поручения)

В назначении платежа при перечислении средств необходимо указать следующую информацию:

Наименование учреждения получателя; ГУЗ «Тульский областной специализированный дом ребенка № 1»

Назначение: приобретение _____

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва



Кужугет Шолбан Артемович, 1987 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва на основании распоряжения Правительства Республики Тыва от 26.01.2023 № 34.

Ш.А. Кужугет в 2011 году окончил Кемеровскую государственную медицинскую академию.

С 2013 по 2015 год – врач-хирург приемного отделения ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1».

С 2015 по 2019 год – заведующий приемным отделением ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1».

С 2019 по 2021 год – заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1».

С 2021 года по 26.01.2023 – главный врач ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 2».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса



Пачгин Игорь Вадимович, 1972 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса на основании распоряжения Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 23.01.2023 № 31-р.

И.В. Пачгин в 1995 году окончил Кемеровский государственный медицинский институт по специальности «Педиатрия»; в 2008 году – Кемеровский государственный университет по специальности «Экономика и управление на предприятии». В 2012 году – выпускник Президентской программы подготовки управленческих кадров. Кандидат медицинских наук.

С 1996 по 2005 год – врач-рентгенолог, заведующий отделом лучевой диагностики МУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр».

С 2005 по 2007 год – заместитель начальника по организационно-методической работе, заместитель начальника управления по ресурсному обеспечению МУЗ «Управление здравоохранения администрации г. Кемерово».

С 2007 по 2018 год – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

С 2018 года по 23.01.2023 – главный врач ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского».

Награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения». Имеет благодарность председателя Совета народных депутатов Кемеровской области, медали и почетные знаки Законодательного Собрания Кемеровской области – Кузбасса.

